

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Planificación gerontológica intra y extrahospitalaria

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Alberto Salgado Alba

DIRECTOR:

Gonzalo Piédrola Gil

Madrid, 2015

T É S I S D O C T O R A L
=====

PLANIFICACION GERONTOLOGICA

INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA

ALBERTO SALGADO ALBA, para
optar al grado de Doctor en Medi-
cina y Cirugía.

Madrid, 1.973



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



531511112X

A mis padres.

A mi mujer.

Catedrático Director

Dr. D. Gonzalo Piédrola Gil

Después que hubo entrado en
los 99 años apareciósele el
Señor y le dijo: "Yo soy el -
Dios Todopoderoso, camina
delante de Mí y se perfecto".

(Génesis -17-1)

I N D I C E

=====

CAPITULO	I. - Justificación del temaelegido.
CAPITULO	II. - Agradecimiento.
CAPITULO	III. - Causas que justifican la planificación de la asis tencia a los ancianos en el mundo y en España.
CAPITULO	IV. - Presentación: nuestra vocación, formación y ac tuación en la Geriatria española.
CAPITULO	V. - Respuestas de los diferentes países a esta pro blemática; Planes Gerontológicos.
CAPITULO	VI. - Aportación personal.
	VI. 1. Envejecimiento de la población española.
	VI. 2. Habitat y situación del anciano sano en España.
	VI. 3. Residencias de ancianos en España.
	VI. 4. Estimación de la situación actual del an ciano enfermo en España.
	VI. 5. Titulación y funciones del personal geriá trico en España.
	VI. 6. Descripción y funcionamiento del Departam ento de Geriatria del Hospital Central de la Cruz Roja.
	VI. 7. Propuesta de planificación de la asisten cia Gerontológica intra y extrahospitala ria.
CAPITULO	VII. - Conclusiones.
CAPITULO	VIII. - Bibliografía.

JUSTIFICACION DEL TEMA ELEGIDO

Al finalizar mi periodo de licenciatura entré en contacto, desde muy pronto, con la población anciana en la Consulta de Medicina Interna del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid.

Las diarias conversaciones en aquella época con el Dr. Blanco Soler tenían con mucha frecuencia, como tema principal, las características y la amplia problemática de los ancianos. Los libros y las amenas conferencias de D. Carlos me introdujeron, cada vez más, en esa tercera edad que si presenta limitaciones está también llena de posibilidades.

Mi trabajo en la Residencia de Convalecientes Ancianos y posteriormente en la Gran Residencia de Ancianos, pertenecientes ambas al Ministerio de la Gobernación, nos hicieron entrar en íntimo contacto con los ancianos, con su manera de ser y con su manera de enfermar. Sentí todo el bien que se les puede hacer al escucharles, al hablar con ellos simplemente. Así los fuí conociendo y poco a poco admirando y queriendo.

Supe de su marginación en la familia y en la sociedad, de su aislamiento y soledad. Presencié las dificultades para seguir viviendo en su hogar o en el de su familia y los grandes obstáculos para ingresar en un centro adecuado cuando adquieren una enfermedad aguda y sobre todo cuando la enfermedad es crónica, invalidante o mental.

Las familias, las autoridades locales (Ayuntamientos y Diputaciones), la sociedad toda a través del benévolo personal voluntario y sobre todo los asistentes sociales y los médicos, los Geriátras, tienen una elevada misión que cumplir en este amplio y olvidado --

En un Hospital de más allá de nuestras fronteras fui testigo del ingreso de un anciano con aspecto de enfermedad grave; a los pocos minutos ocupaba una cama de la Unidad de Vigilancia Intensiva, donde se le atendió con igual diligencia que al joven o al adulto, lo que le facilitó su traslado en 48 horas a la Unidad Geriátrica de Ingreso. Allí bajo las directrices precisas del Geriátra, la enfermera, el asistente social, el fisioterapeuta y el resto del personal auxiliar facilitaron día a día la evolución favorable del anciano; consiguieron que la enfermedad no -- evolucionara hacia la invalidez, facilitaron las relaciones con -- sus familiares, le solucionaron todos los problemas sociales y -- tenían preparada el alta temprana en el mismo momento en que -- el Geriátra lo ordenó. Este equipo tenía plena confianza en la -- recuperación del anciano y sabía en todo momento transmitirle su elevada moral. Así comprendí, como se ha dicho con plena justicia, que el personal paramédico es la roca sobre la que se levanta la Geriatria.

Presencié como la medicina que precisan los ancianos debe ser amplia (tiene que ocuparse del aspecto orgánico, funcional, -- social y mental), ocuparse de la totalidad del paciente y los factores ambientales que le rodean. Debe ser profunda, descubrir no solo la enfermedad que le lleva al geriátra, sino aquellas -- otras escondidas y latentes que en tantas ocasiones son más importantes y peligrosas. Debe ser una medicina primordialmente humana.

Esta experiencia nuestra, frecuentemente presenciada en -- otros Departamentos o **Servicios de Geriatria**, nos hizo tomar -- la firme decisión de **seguir definitivamente el camino de la Geria**tria y emplear todo nuestro esfuerzo en implantarla en España.

Esta Tesis quiere ser una pequeña contribución a esta gran empresa.

AGRADECIMIENTO

El Dr. Blanco Soler sembró en nuestro espíritu la vocación por la Geriatria y a él le debemos, entre otras muchas cosas, - nuestra dedicación a esta interesante y atractiva rama de la Medicina.

El Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid fué el campo abonado que en todo momento nos brindó facilidades y estímulos. La Excm^a. Sr^a. Marquesa de Varela, S. A. R. la Princesa de Baviera, la Excm^a. Sr^a. Marquesa de Santa Cruz, desde sus puestos rectores han facilitado nuestra labor y han conseguido que la Cruz Roja sea una pionera de la Geriatria en España. Los médicos directores del Centro: Dres. Cruylles, Díez Domínguez y Pérez de Rueda han tenido una clara visión de la necesidad y la importancia de la Geriatria intrahospitalaria y han empleado todo su es--fuerzo en este sentido. A todos ellos mi agradecimiento cordial.

En el Hospital de la Cruz Roja de Madrid se dieron además otras circunstancias sin las cuales no existiría en la actualidad el Departamento de Geriatria. Desde el primer momento tuve la - suerte de tener a mi lado unos colaboradores con inteligencia, vocación y capacidad de trabajo cuyos nombres quiero escribir a --continuación con todo mi afecto y que formarán el cuadro directivo de la Geriatria en nuestro país: Dres. Francisco Guillén Llera, Juan Díaz de la Peña, José Luis García Fernández, José - Luis García Sierra y José M^a. Mohino de la Torre.

En el equipo era preciso tener un nutrido grupo de personal paramédico, imprescindible para el desarrollo de cualquier especialidad médica o quirúrgica intrahospitalaria; que en Geriatria, me atrevo a decir, tiene más importante que los propios médicos. En

ricos y prácticos ha puesto de manifiesto en numerosas conferencias y trabajos y lo que es más importante en el quehacer diario. La Unidad Geriátrica, para el ingreso de pacientes ancianos, requiere un personal de enfermería bien especializado con extraordinaria vocación y dedicación, este es el caso de Sor - Rosa Lázaro, de las Jefes de Enfermeras, Srta. Inés del Valle y Sr^a. D^a. M^a. José García del Pozo que en todo momento -- están pendientes de nuestros ancianos y saben formar e inculcar estos sentimientos a las alumnas de enfermera que pasan periódicamente por la Unidad.

En el Dispensario Geriátrico o Policlínica, donde acuden -- los pacientes ancianos ambulatoriamente, es preciso un enfermera que les tranquilice, les explique y ayude a pasar por las diferentes secciones, procure que el tiempo empleado en las exploraciones complementarias sea el mínimo indispensable; para ello es necesario que se gane la confianza y el afecto del anciano como -- ocurre con la dama-auxiliar, encargada de nuestro Dispensario, Sr^a. D^a. Ana Pérez Gascón.

El alma del Hospital de Día es la Terapéuta Ocupacional Srt^a. Elena Navajo, una de las pocas terapéutas especializadas en Geriatria, cuyos desvelos se ven reflejados en la mejoría funcional de los ancianos que trata.

También para ser Secretaria de un Departamento de Geriatria hay que tener un especial "genio y figura". El peso más duro y silencioso en la preparación de los Cursos para Médicos, Enfermeras, etc., que se dictan en el Departamento, la recopilación -- de bibliografía y datos de las historias clínicas para realizar los trabajos que se publican o se envían a los Congresos Médicos están hechos tantas veces en voluntarias y desinteresadas horas extraordinarias por la Srt^a. Mercedes Pérez de los Cobos.

mucho de la convivencia con los ancianos y del continuo trabajo de mis compañeros Dres. Miquel , Serrano, Soletó, Cilleruelo, Cremades, Galán, Guerra, Rodríguez Núñez y Ramos. La capacidad y la ayuda continua recibida de la Administradora de este Centro D^a. M^a. del Carmen Tundidor, quiero dejarla bien patente. Los Directores Generales de Asistencia Social, de los que depende esta Residencia, han accedido siempre a nuestras peticiones en favor de los ancianos allí ingresados.

El Servicio Social de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social me ha brindado multitud de ocasiones para aprender lo que debe ser un Plan Gerontológico Nacional. Desde mi entrañable amigo y compañero Dr. Juan Manuel Martínez Gómez, poseedor de especiales dotes de organización y planificación gerontológica, tendría que expresar mi agradecimiento a todos los directores, jefes de los distintos departamentos, algunos citados en esta tesis, de los que he recibido constantes ideas y estímulo.

De la Sociedad Española de Gerontología he recibido el calor y la experiencia de todos sus miembros y muy especialmente de los Dres. Beltrán Báguena, Pañella Casas y Calvo Melendro adelantados y rectores de la Geriatria española.

Muchos motivos de agradecimiento tenemos para con la Dirección General de Sanidad, que nos proporcionó una beca para asistir a un curso organizado por la O.M.S. sobre "Recientes adelantos en la Asistencia Médico-social a Ancianos" celebrado en Paris. La asistencia a este Curso constituyo una parte importante de nuestra formación geriátrica. En todos los Simposium o Cursos organizados por esta Dirección General sobre ancianos fuimos invitados a participar como ponentes.

La mayor labor y experiencia práctica en la ayuda socio-familiar a ancianos desvalidos la tiene sin duda Sor Margarita García Mauriño y la Srt^a. Carmen Cavestany, directoras de la "Obra

gratitud.

Son numerosos los profesores y médicos geriátras extranje-
ros que con motivo de Congresos, Cursos o de visitas a sus De-
partamentos o Servicios, han influído notablemente en nuestra -
formación geriátrica.

Aunque solamente citaré algunos a todos quiero hacer paten-
te mi agradecimiento. El Prof. Bourlière dirigió el curso organi-
zado por la O.M.S. en París sobre Asistencia Médico-social a
Ancianos. Los temas de clínica geriátrica fueron expuestos por -
los Dres. Vignalou, Beck y Bertaux en su mayor parte.

En nuestras visitas a los Departamentos y Unidades Geriá--
tricas del Reino Unido pudimos comprobar que allí la Geriatria -
tiene una de sus más vigorosas raíces, del Prof. Ferguson Ander-
son, Brocklehurst, Dr. Piton Williams y Dr. Help hemos apren-
dido ideas básicas de la Geriatria y de ellos guardamos un grato
recuerdo.

En Charleroi (Bélgica) el Prof. Clerens y el Dr. Dekonick -
nos mostraron la organización y el funcionamiento, en repetidas -
ocasiones, de uno de los mejores Hospitales Generales Geriátricos
de Europa: "Le Rayon de Soleil".

Los Profesores Italianos, Zilli, Scardigli, y Pietro de Nico-
la han tenido con nosotros constantes y sobresalientes muestras -
de colaboración y afecto.

El Prof. Nattan W. Shook en Estados Unidos y el Prof. Che-
votarec en Rusia, tanto en los Congresos Internacionales de Geria-
tría celebrados en sus respectivos países como en otras ocasiones,
nos han facilitado visitas a centros Geriátricos e importante infor-
mación que nos ha sido muy valiosa.

Con toda intención he dejado para el final mi especial agrade-
cimiento al Prof. Piédrola Gil, Con su profundo conocimiento sobre

este objetivo la culpa es solo nuestra.

CAUSAS QUE JUSTIFICAN LA PLANIFICACION DE LA ASISTENCIA
A LOS ANCIANOS EN EL MUNDO Y EN ESPAÑA

=====

El problema de la Planificación de la Asistencia a los Ancianos viene dado principalmente por el envejecimiento de la población, por el aumento progresivo y sorprendente de las personas mayores de 65 años en todos los países que representa entre el 7 y el 15% de las comunidades. Por ello se están produciendo grandes cambios en la cuantía y estructura de las poblaciones.

Junto a la variación de los índices demográficos las fuertes - corrientes migratorias han cambiado los distintos estratos de las - poblaciones. Este hecho ha creado una serie de problemas de orden económico, socio-familiar, médicos y asistenciales en el más amplio sentido al que los sociólogos, economistas, demógraficos, gerontólogos, políticos y las autoridades sanitarias de todos los países están buscando y aplicando ya en muchos de ellos soluciones concretas.

Por todo lo anterior se comprende que hayan desarrollado en estos últimos años una serie de ciencias dedicadas al estudio de la vejez. La Gerontología, ciencia que trata de la vejez en el más amplio sentido, la estudia en todos sus aspectos: biológico, psicológico, y social como ciencia pura, a todos los niveles desde el celular y tanto en

el reino animal como en el vegetal. Es tal su desarrollo que en estos últimos años se han subdividido en numerosas ramas, algunas -- tan florecientes como la Geriatria y la Gerontología Social.

La Geriatria es una ciencia práctica, rama de la medicina que estudia las enfermedades de los ancianos, su posible prevención y su terapéutica adecuada, en la que destaca la rehabilitación física, psíquica y social. Dentro de la Geriatria existen ya distintas ramas algunas tan desarrolladas como la Psicogeriatria, la Gerocultura o Geriatria profiláctica.

Son numerosísimos los trabajos, monografías, libros y amplios tratados sobre las características del envejecimiento individual y envejecimiento de las poblaciones y en los que se estudian de forma pormenorizada y con datos concretos toda la problemática socio-económica, familiar y Médico-asistencial que los ancianos presentan, cuyas líneas generales vamos a exponer a continuación:

Es importante subrayar que para que la asistencia a los ancianos sea completa ha de ocuparse e intentar solucionar conjuntamente -- todos estos aspectos económicos, sociales y sanitarios. Por otra parte es necesario tener bien presente que los problemas y las posibles soluciones que presentan los ancianos son distintos en cada país, en cada región, en cada provincia y en sus diversas zonas rurales y urbana e incluso en los diferentes barrios de una misma capital.

Para conocer bien estos problemas es necesario hacer encuesta y estadísticas fiables de la situación y necesidades de los ancianos en cada una de las zonas a que antes nos hemos referido. Posteriormente con estos datos equipos o grupos multidisciplinarios (sociólogos, economistas, médicos, políticos, etc.) deben obtener conclusiones y proponer soluciones concretas a corto, medio y largo plazo.

Este estudio iniciado ya en algunas zonas de nuestro país, es preciso, urgente y trascendental que se extienda a todas sus provincias.

Si con esta Tesis contribuyéramos a que estos equipos de trabajo

jo multidisciplinarios, nacionales y provinciales, se pusieran en marcha habríamos conseguido uno de los objetivos más importantes de la Planificación Gerontológica.

Al envejecer los individuos termina su actividad profesional o laboral; se altera su situación social y económica cambiando sus posibilidades de relación social y se encuentran con gran número de horas de ocio que necesitan utilizar adecuadamente.

Por lo dicho anteriormente la mayor parte de las personas mayores de 65 años en casi todos los países y profesiones son laboralmente inactivos, no producen. Por ello las personas en fase de actividad (adultos) deben producir para atender sus propias necesidades y las de las personas inactivas (niños y ancianos).

Esta disminución de los ingresos de las personas mayores es su principal problema económico y va a ser causa determinante de gran parte de sus problemas socio-familiares y sanitarios.

Por otra parte las inversiones en favor de la ancianidad, si bien son absolutamente necesarias, no son económicamente rentables, todo lo contrario de lo que ocurre con las inversiones en la niñez y juventud. Si bien esto es cierto la sociedad tiene y debe de pensar que si aumenta la población pasiva, con los inconvenientes económicos que hemos apuntado anteriormente, también es verdad que gracias al esfuerzo, al trabajo y al ahorro de esta población pasiva, de estos ancianos, se ha podido llegar al estado actual de adelanto y bienestar que hoy disfruta la sociedad, en relación con las generaciones pasadas. La sociedad tiene por tanto para con los ancianos unas obligaciones no solo de tipo puramente moral sino de reciprocidad obligada de carácter económico.

Para solucionar el problema económico a través de los tiempos se ha pasado por una fase familiar patriarcal en la que los miembros activos de la familia cubrían las necesidades de sus ancianos. Al pasar de la familia rural y patriarcal, de tres generaciones, a la familia nuclear urbana, en la que solo están encuadrados padres e hijos menores,

se pasa a la fase capitalista. En ella el individuo, durante su fase productiva, tiene que ahorrar y capitalizar parte de su salario o ganancias para estar protegido económicamente durante el periodo de jubilación o retiro. Esta solución individual y voluntaria, llevada a cabo por un corto número de personas, no era adecuada para resolver un problema colectivo, sobre todo si se tiene en cuenta el proceso inflacionista cuyo riesgo se ha hecho cada vez más notorio fallando así la autofinanciación directa y personal.

Por todo lo anterior dicho, desde hace muchos años gran número de países han pasado a la fase Social y Comunitaria con aportación previa de cotizaciones en la que se establece una cotización por parte de trabajadores y empresarios que garantizan las prestaciones de todo tipo a las personas ancianas. Existe una solidaridad de las generaciones entre sí de tal forma que las que están en fase activa mantienen a las que han entrado en la fase improductiva; es por tanto en la mayoría de los países desarrollados la Seguridad Social la que actúa como un mecanismo de equilibrio y de financiación. De tal forma que a medida que los países avanzan en desarrollo socio-económico se produce paralelamente una expansión de la Seguridad Social.

La Seguridad Social proporciona a los ancianos una serie de prestaciones, principalmente las de jubilación. Las jubilaciones sin embargo en la mayoría de los países son notablemente inferiores a los ingresos medios de la población activa; su cuantía no es suficiente para hacer frente a las necesidades de la vida diaria.

Otro hecho importante que irá agravándose en un futuro inmediato en las poblaciones envejecidas o en vías de envejecimiento es que mientras el número de personas inactivas que perciben jubilación aumenta, el de personas en fase de producción se estabiliza o tiende a disminuir; de esta forma se originará un desequilibrio entre las cotizaciones o ingresos cada vez menores y el de las prestaciones o gastos que aumentarán en mayor proporción.

Como la reducción de las pensiones de jubilación no es posible ya que por el contrario es imprescindible aumentarlas progresivamente para que se acerquen al salario medio en fase activa, las soluciones que principalmente se bajaran son dos: aumento de las cotizaciones de obreros y empresarios o una prolongación de la vida laboral; a esta última solución se oponen los trabajadores de la mayoría de los países que solicitan jubilaciones cada vez más tempranas, basándose en el derecho al descanso. Por otra parte la jubilación retardada produciría para muchos un aumento del paro y sería un obstáculo para la situación y el progreso de las generaciones jóvenes.

La jubilación tiene otros aspectos, a parte del económico, sobre el que se insiste en numerosos trabajos y publicaciones. El paso brusco de la fase de plena actividad a otra de ocio absoluto crea un proceso de desadaptación y hasta un intenso shock psíquico en muchos casos que es preciso tener en cuenta. En este sentido es muy importante la preparación a la jubilación que se estudió ampliamente en el V Curso Internacional de Gerontología Social celebrado en Madrid del 15 al 19 de Junio de 1.974 organizado por el Centro Internacional de Gerontología de París en colaboración con el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social Española. Este tema le trataremos de forma extensa y actualizada el Dr. D. Juan Manuel Martínez Gómez y nosotros en la Ponencia que nos ha solicitado el VIII Congreso de la EURAG que se celebrará en Belgrado del 1 al 4 de Junio del presente año.

Otras prestaciones de la Seguridad Social, además de la asistencia económica directa o pensiones de jubilación, pueden tener gran importancia para los ancianos como son la Organización de una buena asistencia Social y médica en condiciones asequibles lo que en definitiva podríamos considerar como una ayuda económica indirecta.

En España el problema económico se presenta con iguales características; la Seguridad Social se hace cargo de las pensiones de jubilación y ha creado el Plan Gerontológico de la Seguridad Social, puesto

en práctica por el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas, para mejorar la asistencia social de los ancianos que han cotizado a la Seguridad Social.

Según las cifras del III Plan de Desarrollo, Ponencia de Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social, 1.972-75 (Pag. 43) el -- importe de las pensiones entre las que van incluidas las de jubilación suponían 67.713 millones de pesetas en el año 1.972 y han aumentado a 95.902 millones en el año 1.975.

Una notable mejora de las pensiones de jubilación supone la -- Orden del 5 de Abril de 1.973 por la que se establece que la base -- de cotización o sueldo regulador estará constituido por la remunera-- ción total que perciba el trabajador; de esta forma las pensiones se rán más efectivas. En el presente año de 1.976 se va a establecer -- de nuevo un incremento de las pensiones de jubilación en una cuantía importante .

El problema más grave que presenta la asistencia económica a los ancianos en España es que la Seguridad Social solamente protege a los ancianos que han estado cotizando a la Seguridad Social durante su fase de trabajador activo quedando sin protección por este motivo un elevado número de ancianos.

PROBLEMAS SOCIO-FAMILIARES

Una de las ramas más vigorosas de la Gerontología es sin duda la Gerontología Social. Buena prueba de ello son las trascendentales publicaciones que sobre este tema están saliendo a la luz desde el año 1.940. Así E.W. Burgues sociólogo y demógrafo de Estados Unidos re copia una serie de trabajos sobre aspectos psicológicos y sociales del envejecimiento en colaboración con la Sociedad Gerontológica Norteamericana. Este autor publica en 1.959 uno de los 3 volúmenes editados por la Universidad de Chicago que constituye la obra más trascenden--

tal y clásica: ya sobre el tema, titulada "Ageing in Western Societies. A Survey of Social Gerontology". Los otros dos volúmenes de la obra pertenecen a J. E. "Handbook of Aging and the individual, - Psychological and Biological Aspects" y Clark Tibbitts "Handbook of Social Gerontology. Social Aspect of Aging".

Otro de los grandes tratados editado en 3 volúmenes también - por Matilde White Riley y colaboradores entre 1.968-71 es "Ageing - and Society".

Una buena parte de la biografía anglosajona sobre aspectos so ciológicos del envejecimiento están recogidas en una publicación de - : - Ethel Adams en el año 1.971 "The Sociology and the Aged".

La Sociología gerontológica fué definida en 1.941 por Edward - Sthiglitz como una "Ciencia que se ocupa del hombre como organismo social, existe en un ambiente social y es aceptado por el mismo". -- Clark Tibbitts ya citado señala que la Gerontología Social "Se ocupa de las características sociales, circunstancias, estado y papel de los individuos en la segunda mitad de la vida, con el proceso de adapta-- ción, desarrollo de la personalidad y salud mental". También es su misión buscar la influencia del ambiente, cultura y cambios sociales sobre la conducta y situación en la sociedad, así como el impacto -- ejercido por ellos en los valores sociales, instituciones económicas y políticas. El mismo Tibbitts afirma que los hombres envejecen en un contexto di námico y que este envejecimiento está condicionado en pa rte por las bruscas transformaciones tecnológicas, sociales y cultura-- les que presentan las sociedades contemporáneas desarrolladas, prin-- cipalmente de occidente.

La situación y la consideración del anciano por la familia y la sociedad ha variado radicalmente en los últimos 50 años. A ello a con tribuido de forma evidente el cambio notable que está experimentando una de las instituciones más antiguas y arraigadas en la sociedad: la familia. Es indudable que la familia está pasando por uno de los momen-- tos más críticos de su larga historia. Las causas son múltiples: la re-

volución demográfica, la aparición de extensos núcleos urbanos, la industrialización, los grandes movimientos migratorios, los notables cambios socio-culturales. La influencia de la acción de estas causas en la familia puede resumirse diciendo que se trata del paso, a través de sucesivos estados intermedios, de la forma clásica de familia, de la familia rural y patriarcal a las formas de familia que están representadas por la que podemos llamar la familia nuclear urbana; esta transformación lenta pero extremadamente profunda, alcanza prácticamente a la mayoría de los grupos familiares occidentales.

Debido a esta transformación se ha producido un hecho dentro de la familia que ahora nos interesa resaltar: el cambio de la situación o del papel que el anciano representa dentro de la familia. En este cambio de su cometido se ha llegado a prescindir de él de una manera total y esto es lo que da lugar a una serie de problemas o conflictos individuales, a una patología individual que no deriva de sus alteraciones orgánicas sino de las circunstancias sociales que impiden la satisfacción de sus necesidades pudiendo llegar a producir alteraciones en la esfera psíquica, o una auténtica neurosis.

En la nueva familia urbana el anciano ha dejado de ser un elemento habitualmente integrado de la misma; la familia ha quedado reducida a marido, mujer e hijos no emancipados. Las causas verdaderas y profundas de este hecho están probablemente en el deseo de completa independencia o total emancipación de los nuevos matrimonios en relación con las familias de origen, lo cual es debido en buena parte a las diferencias culturales que existen entre las distintas generaciones.

Otro factor que influye y facilita la limitación de la familia a su expresión más elemental es la capacidad de las nuevas viviendas urbanas donde no hay realmente sitio para los abuelos, así como el factor económico, pues los ancianos no pueden contribuir generalmente con una aportación económica suficiente para no ser una carga a la familia, y por último, a las relaciones con la familia política (suegras-nueras, principalmente).

Por otra parte, las familias están cada vez más convencidas de

que no están obligados a cuidar y tener en su propia casa a sus pa dres o parientes ancianos y si lo hacen es por pura obra de misericordia, lo cual representa una situación dolorosa para el anciano que se ve marginado.

La mayor parte de los problemas sociales son debidos a la - pérdida de relaciones humanas y familiares que presentan los ancianos sobre todo en el medio urbano. Esta pérdida de vínculos familiares y sociales los lleva con frecuencia a situaciones de aislamiento y soledad; la propia sociedad ha tendido en muchos de sus planes gerontológicos y lo que es más importante en su actitud a marginar, a segregar al anciano del resto de la comunidad cuando lo que más necesita, desde todos los puntos de vista, es su integración a la convivencia con el resto de las generaciones más jóvenes.

Otros de los problemas sociales que presenta el anciano con frecuencia es la necesidad de salir de su domicilio habitual, en el - que ha vivido toda su vida y tiene sus raíces profundamente implantadas, a otro tipo de viviendas colectivas, lo que supone para él un - grave problema de adaptación.

Es en la familia rural actual española (acaso el problema más importante que se presenta) donde los ancianos se están quedando -- absolutamente solos por la emigración de todos sus hijos jóvenes a la capital o al extranjero; este tema lo tratamos ampliamente en una Mesa Redonda que como Moderador presidiremos en el próximo Congreso Nacional de Gerontología que se celebrará en Málaga del 24 - al 26 de próximo mes de Mayo.

PROBLEMA MEDICO-ASISTENCIAL:

La base de este tipo de problemas está constituída por el - aumento de las enfermedades crónicas invalidantes y mentales en - las personas ancianas. Ello ocasiona un aumento del número visitas domiciliarias, un incremento en el gasto de farmacia y un porcentaje cada vez mayor de camas hospitalarias ocupadas por personas mayores de 65 años; un elevado número de estas camas están ocupadas - por personas aisladas que viven solas.

17

La pluripatología o patología múltiple es la regla en los ancianos siempre se encuentran otras enfermedades además de la que causa la consulta y a veces de mayor gravedad, por lo cual la exploración de los ancianos debe ser siempre completa. Hay algunas enfermedades que son específicas del anciano, como la osteoporosis senil, la demencia senil, catarata senil, etc., pero lo más importante es resaltar que existen un grupo de enfermedades que son más frecuentes a esta edad según exponemos en otro lugar de esta Tesis y que su expresión clínica es distinta. Las enfermedades de los ancianos están siempre influenciadas por la problemática socio-familiar asociada que presenten. Por todo lo dicho, en todo anciano enfermo es preciso hacer una valoración cuádruple:

- A) Estudio de su patología orgánica
- B) Estudio físico o funcional de su aparato locomotor, para determinar si puede o no valerse por sí mismo.
- C) Estudio de su estado mental o psíquico.
- D) Estudio de su problemática social

La Asistencia a los ancianos enfermos tiene unas características peculiares que requieren la existencia de una serie de centros bien relacionados, como la Unidad Geriátrica, Dispensario Geriátrico, Hospital de Día. Centros de Diagnóstico, cuya descripción y funcionamiento están detallados en otro capítulo de esta Tesis.

Todos estos aspectos económicos, socio-familiares y médico-asistenciales están considerados en una serie de publicaciones que reseñamos a continuación:

- "La ancianidad, problema social de nuestro tiempo". Editado por Cáritas Diocesanas, Octubre-Diciembre 1.963.

- "Los ancianos, el 10% de nuestra población". Original de Enrique García Ortega (Editorial Ariel - Barcelona 1.969).

- "La asistencia al anciano", del que es autor D. Adolfo Serigó, publicado como Ponencia en el Simposiun de Geriatria de Valladolid.

- "Desarrollo socio-económico y Gerontología". Por el Dr. D. Francisco Sánchez López. Ponencia al VI Congreso Nacional de Gerontología, Salamanca 1.973.

- "Ayuda social a ancianos". Dr. Salgado Alba. Forma -- parte de un libro sobre temas de Beneficencia y Asistencia Social editado por la Secretaría Técnica del Ministerio de la Gobernación.

- "Asistencia Geriátrica a las Personas de Edad Avanzada". Dr. Salgado Alba. Ponencia al Congreso Internacional de Gerontología celebrado en Madrid en el año 1.969 y organizado por el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social.

- "Servicio de Geriátrica en un Hospital General". Dr. Salgado Alba. Ponencia al II Congreso Nacional de Hospitales celebrado en Barcelona en 1.973.

- "La situación del anciano en España". Informe GAUR patrocinado por la Confederación de las Cajas de Ahorros, año -- 1.975.

- "Geriatric Care in Advance de Societies". Editado por -- J.C. Brocklehurst año 1.975. Manchester (Inglaterra).

P R E S E N T A C I O N

=====

Nuestra Vocación, Formación y Actuación en la Geriatria Española.

En el año 1.950 comenzamos a trabajar con el Dr. D. Carlos Blanco Soler, Jefe en esa fecha del Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. A su lado comenzó nuestro interés por la Geriatria.

Blanco Soler, hombre de extraordinarias cualidades, destacaba en él su penetrante intuición que le hizo ver con toda claridad desde muy pronto las parcelas o las técnicas de la Medicina cuya importancia y desarrollo serían transcendentales en el futuro. Así junto a la Medicina Interna, la Endocrinología y Nutrición (Obesidad y diabetes muy especialmente) dedicó gran parte de su quehacer científico y profesional a los Isótopos radioactivos de los que fué uno de los introductores en España, y al estudio de la Gerontología y Geriatria. Numerosas son las conferencias, Cursos y libros que pronunció y escribió sobre el tema que nos ocupa lo que le llevó a formar con los profesores Teófilo Hernando y Gregorio Marañón, como Presidentes de Honor, Prof. Beltrán Báguena como Presidente efectivo, Prof. Grande Cobián como Vicepresidente, Dr. Vega Díaz como Secretario, Dr. Alvarez Sala como Tesorero, Dr. Alcalá Llorente como Bibliotecario y los Dres. Pañuela Casas y Pareja Ybáñez como Vocales, la Sociedad Española de Gerontología el día 17 de Mayo de 1.948.

Por los años 1.950 empezó a organizar anualmente Cursos de Geriatria para Médicos en su Servicio del Hospital Central de la Cruz Roja y por aquella época creó una Sección de Geriatria dentro del Servicio de Medicina Interna. En todas estas actividades suyas fuimos colaboradores directos y entusiastas.

Así fuimos conociendo la importancia y la necesidad de la Gerontología y Geriatria en todos los países y por consiguiente, en el nuestro.

También en la década de los 50 propuso Blanco Soler, con la ayuda prestada por el entonces Director General de Beneficencia y Asis-

nización de un Hospital Geriátrico piloto en España. El proyecto empezó a plasmarse en la Residencia de Convalecientes que dicha Dirección General poseé en la finca Vista Alegre de Carabanchel Bajo, en la realización de este proyecto trabajámos desde el primer momento con toda ilusión junto a Blanco Soler. Se hicieron allí una serie de secciones - de trabajo dotadas con el material necesario para poner en práctica la asistencia médica a los ancianos siguiendo las normas de la Geriatria. Junto a los Servicios Centrales de laboratorio, radiología, etc. nos - propusimos hacer una Medicina Preventiva, con reconocimientos médicos en salud de los ancianos allí ingresados. En los ancianos enfermos su estudio alcanzaba a todos los sistemas y aparatos dándole la máxima -- importancia a la patología o deterioro psíquico. Comenzamos a hacer - rehabilitación en todos los casos que lo precisaban. El paso siguiente que se propuso, abrir una Consulta externa de Geriatria para todos los ancianos de la zona de Carabanchel, no se pudo poner en práctica por dificultades presentadas por la Administración. Por el mismo motivo tu vo que suspenderse al año siguiente toda esta labor emprendida en la - Residencia de Convalecientes ancianos que tantos frutos podría haber - dado y que para nosotros fué uno de los primeros pasos prácticos dentro de la Geriatria.

Por aquellos años me presenté a unas oposiciones para Médicos de la Beneficencia General del Estado con destino en la Gran Residencia de Ancianos de Carabanchel, perteneciente a la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales del Ministerio de la Gobernación. En ellas obtuve el número uno y tomé posesión de mi cargo como Médico - de la Gran Residencia de Ancianos el 8 de Enero de 1.959, nombrándome Director Médico de dicha Residencia el 29 de Enero del mismo - año.

La responsabilidad adquirida con el nuevo cargo y la labor desa rrollada, que describo someramente a continuación, terminaron de esta blecer firmemente nuestra vocación geriátrica.

En esta Gran Residencia de Ancianos situada en la misma finca,

lecientes ancianos a que antes nos referimos, están albergados 725 ancianos de los cuales una proporción muy elevada presentan enfermedades crónicas e invalidantes.

En el programa inicial nos fijamos la meta de conseguir material médico indispensable para la asistencia a estos ancianos y - organizar la labor asistencial de los nuevos médicos de la Benefi--cencia General del Estado allí destinados. La primera parte fué facilitada al conseguir el traslado a la Gran Residencia de todo el - material clínico que la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, adquirió para la Residencia de Convalecientes ancianos el cual, como ya hemos indicado anteriormente, llevaba más de un año sin funcionar. De esta forma puedo empezar inmediatamente a prestar servicio un laboratorio de análisis clínicos, un servicio de radiología y un servicio de rehabilitación en la Gran Residencia de Ancianos.

La organización del cuerpo médico de la Residencia tuvo más dificultades por el escaso número de médicos de la Beneficencia General del Estado destinados a este Centro. Distribuimos las salas - entre el número de médicos y los mismo se hizo con las camas de - las dos enfermerías de hombre y mujeres. De cada sala era por tanto responsable un médico con las siguientes directrices: hacer historia clínica completa a todos los ancianos y las exploraciones complementarias necesarias, tanto a los ancianos aparentemente sanos como a los que tuvieran alguna enfermedad. En adelante a todo anciano que ingresara en una sala debía hacersele lo antes posible la historia clínica que valiera como reconocimiento en salud. Esto reconocimientos se deberían hacer por lo menos dos veces al año a todos los ancianos de la sala. Conseguimos poner en marcha varias especialidades con los mismos médicos de la Beneficencia General encargados de las salas:

- Pulmón y Corazón con sección de electrocardiografía y oscilometría.
- Endocrinología y Nutrición.
- Consulta de Cirugía General.

Para establecer las otras especialidades médico-quirúrgicas in dispensables para asistencia a los ancianos, pedimos la colaboración a un grupo de médicos que de forma totalmente desinteresada acudieron a realizar una extraordinaria labor semana tras semana. Ello justifica nuestro expreso deseo de rendir desde aquí homenaje y agradecimiento a estos compañeros: Odontólogo, Dr. González Peris, Oftalmólogo Dr. Domínguez en la actualidad Director del Instituto Oftálmico, el Otorrinolaringólogo, Dr. Gutierrez Zabala, el Analista Dr. Cotarelo, el Radiólogo, Dr. Galán y los Reumatólogos Dres. Borrachero y Carrasco.

Después de varios años y a la vista de la necesidad de estas - especialidades, muchas de ellas salieron a Concurso por la Dirección General de Asistencia Social y en la actualidad siguen funcionando de formar oficial por médicos contratados.

Para el funcionamiento del Servicio de Rehabilitación se nombró un grupo de Fisioterapéutas y el puesto de Terapéuta Ocupacional lo - desempeña con extraordinaria vocación y acierto una hermana de la Caridad (Sor M^a. Socorro Lobelle) especialmente dotada para esta misión. Las obras que realizan los ancianos bajo la dirección de esta hermana y, que son modelo en su género, están expuestas permanentemente en - la Gran Residencia de Ancianos y de forma extraordinaria durante la - Semana de Homenaje a Nuestros Mayores.

La celebración de esta Semana, que coincide con la segunda semana del mes de Noviembre, comenzó a celebrarse en Bélgica organiza da por la Asociación "Le Troisième Age" y posteriormente en varios - países europeos. En España comenzó a celebrarse gracias a la labor realizada por la Obra de Ayuda al Anciano el año 1.966, en años sucesivos han intervenido eficazmente en su celebración la Asociación de Amigos de los Ancianos de la que soy Secretario General, el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas, la Sociedad Española de Gerontología y gran número de instituciones públicas y privadas que tienen relación con los ancianos.

Al poco tiempo de estar al frente de la Gran Residencia de An cianos de Carabanchel se comprobó prácticamente la necesidad de crear una consulta externa o Dispensario Geriátrico para proporcionar una asistencia médica preventiva y asistencial a un elevado número de an cianos que vivían en sus domicilios. Dada la imposibilidad por parte de la Administración para crear esta consulta de Geriátría para ancia nos externos en la propia Gran Residencia, solicité y fué concedida la creación de esta consulta en el Gran Hospital del Estado dependiente entonces dicho Hospital de la misma Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social. Esta consulta llevada personalmente durante dos años, tuve que suspenderla al no conseguir un Servicio o Unidad Geriátrica dentro del mismo y por carecer el Hospital de Servicio de Rehabilitación. Sin estos dos Servicios dentro del Hospital la asistencia a los ancianos en régimen ambulatorio era súmamente deficiente - pues con gran frecuencia requerían dichos ancianos ser ingresados pa ra su adecuado diagnóstico y tratamiento con directrices geriátricas.

La Sección de Geriátría creada por el Dr. Blanco Soler en su Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de la Cruz Roja el año 1.955, de la que se encargó inicialmente el Dr. Zubizarreta, se transformó el año 1.967 en un Dispensario Geriátrico donde ya no solamente se proporcionaba al anciano una asistencia médica sino también una asistencia social para lo cual se le hacía una ficha completa donde consta el diagnóstico social y el tratamiento social de los casos neces arios y en los que era posible su realización. Esta Asistencia Social a los ancianos estuvo a cargo desde el primer momento de la Srta. Angeles García Antón, asistente social conocedora profunda de la problemática social que plantean los ancianos. En esta época fuí nombrado Jefe Adjunto del Servicio de Medicina Interna del Hospital Central de la Cruz Roja ocupándome muy especialmente del Dispensario Geriátrico que lleva ba de manera directa y personal el Dr. Francisco Guillén Llera que ha sido desde entonces mi primero y más valioso colaborador. En el año 1.971 conseguimos que este Dispensario Geriátrico se transformara en Servicio de Geriátría independiente como uno más dentro del Hospi-

tal Central de la Cruz Roja pasando desde su fundación a ser Jefe de dicho Servicio. El principal objetivo fué entonces que nos asignaran un número de camas para ingresar a los ancianos con enfermedades "Geriátricas" agudas y graves que lo precisaran. Al hacerse cargo el Sr. Cruylles de la Dirección Gerencia del Hospital Central de la Cruz Roja , entre las magníficas y valiosas reformas que llevó a cabo, una de ellas fué la creación de una Unidad Geriátrica de 32 camas, la cual está dotada de un personal que poco a poco fuimos formando desde el punto de vista Geriátrico. La labor realizada en esta Unidad Geriátrica ha sido de extraordinario valor para nuestra formación. Desde el primer día hemos tenido una íntima conexión con con el Servicio de Rehabilitación del Hospital, - con su Jefe Dr. González Más y con el Jefe Clínico Dr. Parreño Rodríguez, los cuales han prestado una ayuda a los enfermos ancianos de la Unidad Geriátrica que quiero dejar patente en esta Tesis. El otro Servicio del Hospital que más hemos requerido ha sido el - de Psicología y Psiquiatría en los que el Dr. Acosta y Dr. Escudero han desplegado todos sus conocimientos e interés por la faceta psíquica de todos nuestros ancianos, colaborando íntimamente en el diagnóstico y tratamiento de sus procesos mentales .

Hace tres años inauguramos el primer Hospital de Día Geriátrico que ha funcionado en España formando parte del Servicio de Geriátrica del Hospital de la Cruz Roja.

En los primeros meses dell año 1.974 se hizo cargo de la - Dirección Gerencia del Hospital Central de la Cruz Roja el Dr. -- Pedro Díez Domínguez que ha proyectado una profunda y trascendental reorganización y departamentalización del Hospital que han culminado en un concierto con la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Entre los Departamentos creados en el Hospital está el Departamento de Geriátrica cuyo contenido actual y proyección futura detallamos adelante.

DIRECTRICES Y EVOLUCION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERONTOLOGIA

=====

Como ya hemos dicho anteriormente la Sociedad Española de Gerontología se fundó el día 17 de Marzo del año 1.948. La misión que la Sociedad se ha trazado desde su comienzo está clara en el artículo II de sus Estatutos que dice así: "Esta Institución se crea para cumplir los siguientes fines:

- a). - Fomentar el avance de nuestros actuales conocimientos sobre el proceso del envejecimiento humano, tanto mediante observaciones clínicas como por investigaciones y experiencias realizadas sobre organismos vivos.
- b). - Agrupar el núcleo de investigadores y clínicos que estudien los problemas de la senescencia para sumar sus actividades y ponerlas en relación con la I.A.G. integradas por todas aquellas naciones que poseen un nivel medio ó superior de cultura científica.
- c). - Orientar campañas de protección a la vejez cooperando con la Sanidad Nacional para el enfoque y solución de cuantos problemas sociales y científicos relacionados con el envejecimiento le sean planteados por el alto Organismo Estatal".

La Sociedad Española de Gerontología asistió al I Congreso Internacional de Gerontología celebrado en Lieja del 10 al 12 de Julio de 1.950 representada por el Dr. D. Mariano Pañella Casas. Allí nació la Asociación Internacional de Gerontología (I.A.G.) firmando el acta constitucional doce países entre los que se encontraba España.

La Sociedad Española organizó el I Congreso Nacional en Barcelona en Junio de 1.950, bajo la presidencia del profesor Pedro Pons, en la que se presentaron tres ponencias oficiales: "Osteoporosis senil" por los Dres. Pañella Casas y Monteys Porta; "Tuberculosis pulmonar del anciano" por los Dres. Alvarez Sala y Navarro Gutierrez y "Diabetes

Mellitus en los viejos" por el Dr. Blanco Soler. Se presentaron ochenta y cuatro comunicaciones. El II Congreso Nacional tuvo lugar en Valencia en el año 1.954 presidido por el Prof. Beltrán Báguena en el que hubo dos ponencias: "Enfisema senil" por el Prof. Beltrán Báguena y "Cardiopatía Senil" por el Dr. Vega Díaz. Leyerón 36 comunicaciones. El III Congreso Nacional de Gerontología se celebró en Madrid el año 1.966 presidido por el Prof. Beltrán Báguena y organizado por los Dres. Zubizarreta y Salgado. Las ponencias oficiales fueron: "Plan Nacional de Asistencia Geriátrica" por el Dr. Calvo Melendro; "Rehabilitación en Geriatria" por los Dres. Orozco y González Mas; "Patología del riñón involutivo" por los Dres. Fernández, Pañella y Carals Riera; "Trastornos psíquicos del anciano" por el Prof. López Ibor y una Mesa Redonda sobre "La jubilación desde el punto de vista médico". Se presentaron 42 comunicaciones. Este Congreso de Madrid fué la consecuencia del ambiente geriátrico creado por un decidido y activo grupo de médicos pertenecientes a diversas Instituciones Geriátricas de Madrid (Hospital Central de la Cruz Roja, Gran Residencia de Ancianos) y de otras provincias españolas y por otra parte el crecimiento de nuestra Sociedad que por aquella fecha alcanzó el centenar de socios.

Nació entonces la Revista Española de Gerontología, órgano oficial de la Sociedad, cuyo primer número fué el de Octubre-Diciembre de 1.966. Su publicación ha sido trimestral hasta hace dos años que aparece cada 2 meses con un variado e interesante contenido entre los que están las ponencias y comunicaciones de los Congresos y Reuniones Nacionales celebrados desde entonces.

La Junta General de la Sociedad tomó en este Congreso el acuerdo de celebrar reuniones nacionales todos los años y que cada 2 ó 3 años tuviera carácter de Congreso, así como que éstos se celebraran en Facultades de Medicina para interesar a la Universidad en nuestra especialidad. Con esta idea se llevó a cabo el IV Congreso Nacional de Gerontología en Pamplona durante el año 1.968, presidido por el Prof.

Ortiz de Landázuri de la Facultad de Medicina de la Universidad de - Navarra, con las siguientes ponencias: "Procesos neoplásicos en la - vejez", "Senectud y arterioesclerosis", una mesa redonda sobre "Problemas sociales y asistencia Geriátrica en la vejez", y tres conferencias magistrales: "Viejos y nuevos conceptos sobre envejecimiento" - por el Prof. José de la Higuera Rojas, "Gastritis Senil" por el Dr. Rocha y "Fundamentos Biológicos del Envejecimiento" por el Prof. - José Perianes Caro.

El año 1.970 en Soria tuvo lugar la Reunión Anual, organizada por el Dr. Calvo Melendro donde se trataron en forma de Mesa Redonda los siguientes temas: "Residencias para Ancianos", "Drogas en Geriatria" y Enfermedades por autoinmunidad en la Vejez" y se dictaron dos conferencias: "Paternalismo y Vejez" por el Dr. Calvo Melendro y "Delincuencia en la Vejez" por el Prof. Justo Díaz Villasante.

En el año 1.971 se celebró en la Facultad de Medicina de Valladolid el V Congreso Nacional de Gerontología con arreglo al siguiente programa: 1ª. Ponencia "Procesos de regulación, adaptación y características clínico-fisiológicas en el envejecimiento" por los Dres. Guillén, Lavín, Martín Alvarez y Muñoz Tarrero, Ortiz Manchado, Martínez Ramón, Aliño, etc.. Segunda ponencia "Aspectos generales de la Cirugía en Geriatria" por los Dres. de Juan, González González y Soléto. Tercera ponencia: "Tipo de vida y envejecimiento. Empleo del tiempo libre en los ancianos" por los Dres. Calvo Melendro, Sánchez Malo y Martín Plalacios.

En el año 1.972 la Sociedad celebró Reunión Nacional en Logroño de 1 al 3 de Junio. La primera ponencia versó sobre "Medicina Preventiva en la vejez" presidido y moderado por el Prof. Velasco - Alonso y en ella intervinieron el Prof. Ortiz de Landázuri y los Dres. Serrano Galnares, Garay Lillo y Usobiaga. La segunda ponencia trató de "Vaculopatias periféricas en el anciano" actuando como moderador el Prof. Cuadrado Cabezón y como ponentes los Profs. Beltrán de Heredia, García Díaz, Gómez Alonso, Lozano Mantecón y Núñez Puertas. La tercera Ponencia se ocupó de la "Asistencia domiciliaria en la Ge

riatría" presidido por nosotros y en la que intervinieron como ponentes el Sr. D. Juan Vidal, D. Carlos Bonet, D. Narciso San Baldo-
mero, D. Angel Loma Osorio y el Dr. Guillén Llera.

El VI Congreso Nacional de Gerontología, organizado por la So-
ciedad Española de Gerontología, se celebró en Salamanca del 14 al -
17 de Junio del año 1.973 con arreglo al siguiente programa: Primera
Mesa Redonda sobre "El hígado en el anciano" presidida por el Prof.
Querol Navas, actuando como ponentes los Profs. Zamorano Sanabra,
Bustamente Murga y Castro del Pozo. La Segunda Mesa Redonda fué -
sobre "La litiasis biliar en el anciano" presidido por el Prof. Vara -
López y como ponentes los Profs. Sánchez Vega, Núñez Puertas, Gon-
zález González, Artigas Riera y Durán Sacristán. La Tercera Mesa -
Redonda versó sobre "Aspectos psicosociales de la asistencia al ancia-
no" presidida por el Prof. Cruz Hernández y como ponentes los Profs.
Pinillos Díaz, Prieto Aguirre y Sánchez López. Se pronunciaron tres
conferencias: "Profilaxis de la arteroesclerosis" por el Dr. Calvo Me-
lendo, "Apendicitis en los ancianos" por el Dr. de Juan y "Vejez: -
marginación y subcultural", por el Prof. González Anleo.

Los primeros días de mayo del año 1.974 se celebró en Tarra-
gona el VII Congreso Nacional de Gerontología en el que se desarro--
llaron tres Mesas Redondas una sobre "Problemas ginecológicos en la
ancianidad" presidida por el Prof. Cónill Serra, siendo los ponentes -
los Profs. Carceller, Delgado, Sánchez-Barrado, Esteban-Altirriba, -
González Merlo y Usand'zaga Soraluze. La Segunda Mesa redonda ver-
só sobre "Problemas Obstructivos cérvico-prostáticos en los ancianos"
presidida por el Prof. Gil-Vernet y como ponentes los Dres. Carrete-
ro, Caralps, Fernández, Tormo y Bofarull. La Tercera Mesa redonda
trató sobre "Aspectos médicos-legales en la ancianidad" presidida por
el Prof. Piga Sánchez-Morate y como ponentes los Prof. Navarro, Díaz
Villasante, Sales Vázquez, Corbellá Corbellá, Beltrán Capella, Martín
Lloret y Rodríguez Pazcs.

El VIII Congreso Nacional de Gerontología tuvo lugar en Palma

de Mallorca del 5 al 7 de Mayo del año 1.975 con el siguiente programa: Primera Ponencia "Hipertensión arterial en Geriatria" por los Dres. Calvo-Melendro, Guillén, Lavín, Rapado y Revert. Ponencia Social "Problemas de adaptación y convivencia en la tercera edad" por los Profs. y Dres. Evangelista, Garay-Lillo, Monleón y Srt^a García Antón. La tercera ponencia versó sobre "Hernias en el anciano" por el Prof. Piulachs Oliva. Se dictaron tres conferencias: "Incontinencia urinaria en el anciano, diagnóstico y tratamiento" por el Prof. Brocklehurst. "Importancia de la multimorbilidad en el diagnóstico y tratamiento en Geriatria", por el Prof. René Schubert y la tercera sobre "Consideraciones sobre los criterios de evaluación de la edad biológica" Prof. Dr^a. Ana Aslan.

El último día del Congreso tuvo lugar la Asamblea General de los miembros de la Sociedad Española de Gerontología con elecciones para la renovación de la Junta Directiva, que en esta fecha concluía su mandato. En dichas elecciones obtuvimos la Presidencia por unanimidad.

A partir del año 1.965, en que desempeñaba el cargo de Secretario de la Sociedad, varias han sido las metas que la Sociedad se ha propuesto: interesar a la Universidad en la Gerontología y Geriatria para que sean reconocidas como especialidad oficial. Para esto último una comisión de la Junta Directiva fué a visitar al Ministro de Educación y Ciencia en dos ocasiones y posteriormente al Decano de la Facultad de Medicina de Madrid. Después de estas gestiones nos han informado que para reconocer una especialidad médica como oficial, es necesario previamente que exista esa asignatura en la Licenciatura o Doctorado y se solicite la oficialidad de la especialidad por el Profesor encargado de la misma. Este es un hecho más que justifica, el que la principal y máxima aspiración de la Sociedad Española de Gerontología, sea el que algunas Facultades de Medicina Españolas enseñen la Gerontología y Geriatria como sucede en casi todos los países europeos.

Crear ambiente dentro de la colectividad para que ésta se ocupe -

y preocupe más de los ancianos, señalándole las formas de conseguir una mejor Asistencia Social, económica, sanitaria y humana, ha sido un importante quehacer al que la Sociedad se ha dedicado con entusiasmo. En estos últimos años muchos artículos de periodicos y emisiones de radio han hablado de la ancianos y en muchísimas ocasiones el que escribía o hablaba pertenecía a la Sociedad. También la televisión se ha ocupado con frecuencia de la problemática de la ancianidad y algunos espacios, como "Nivel de Vida" empezaron con 12 ó 13 emisiones, realizadas por miembros de la Sociedad Española de Gerontología; de --- igual forma ha colaborado con la Obra de Ayuda al Anciano y la Asociación de Amigos de los Ancianos para que la semana de Homenaje a nuestros Mayores se celebre con el mayor esplendor posible en todas las provincias españolas.

La Sociedad Española de Gerontología ha asistido a todos los - Congresos Internacionales de la I.A.G. y a los Congresos Europeos organizados por la Sección Clínica Europea de Gerontología, perteneciente a la I.A.G. representada por algunos de sus miembros. Desde - el Congreso Internacional de la I.A.G. celebrado en Washington en el año 1.967 y el Congreso Europeo celebrado en Berna en el año 1.968 ha recaído sobre nosotros la representación de la Sociedad Española - para acudir a estos Congresos, a los que hemos aportado diversas comunicaciones que detallaremos más adelante.

Con gran ilusión se ha puesto en contacto la Sociedad Española - de Gerontología en numerosas ocasiones con todas las Sociedades de - los Países de América del Sur, con la finalidad de constituir una Asociación Ibero-americana de Gerontología. En el Congreso de Washington se nombró una junta formada por España, Venezuela y Chile para llevar adelante la creación de esta asociación. Los beneficios que ella podría proporcionarnos serían grandes, sobre todo sería fácil conseguir que el español fuera una de las lenguas oficiales en los Congresos Internacionales. En el año 1.972 se reunieron varios países de Sudamérica y constituyeron la Asociación Latino-americana de Gerontología a cuyo I Congreso, celebrado en Buenos Aires, fuimos invitados como -

ponente oficial.

Desde el Congreso Nacional de 1.966, cuando visitamos por última vez al Director General de Sanidad con el fin de organizar un Plan Gerontológico Nacional, considerábamos como punto muy importante la coordinación de todos los organismos e instituciones públicas y privadas que tuvieran relación u obligaciones con los ancianos , para crear una Junta Nacional o Patronato de Asistencia Geriátrica. Con la realidad de un Plan Gerontológico de la Seguridad Social en marcha, seguimos pensando que junto al Ministerio de Trabajo, que asumió el principal papel en la asistencia a los ancianos, deben unir sus esfuerzos y su ayuda la Dirección General de Sanidad, la Dirección General de Asistencia Social, el Ministerio de Educación y Ciencia (Facultad de Medicina), el Ministerio de la Vivienda, el Ministerio de Información y Turismo (prensa, radio y televisión), la Confederación de Cajas de Ahorro, las órdenes Religiosas que se dedican a los ancianos, Cáritas, Obras de Ayuda al Anciano, Sección Femenina, etc. para conseguir que todos marchen por un mismo camino, con un plan establecido y poder aprovechar el máximo los presupuestos dedicados a los ancianos.

RELACION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERONTOLOGIA CON LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD:

El Prof. Beltrán Báguena, primer presidente de la Sociedad Española de Gerontología , titular de la primera cátedra de Geriátrica que hubo en Europa, daba sus lecciones en Cursos Monográficos del doctorado de la Facultad de Medicina de Valencia sobre los temas más importantes de la Geriátrica Clínica, algunos de los cuales están recogidos y publicados en un libro titulado "Prevención de la vejez achacosa y cuidados de la ancianidad". Desde muy pronto comprendió la necesidad de planificar la asistencia geriátrica en España. En este sentido elevó a la Dirección General de Sanidad, un proyecto cuya idea fundamental era la creación de Dispensarios Geriátricos en las Jefaturas Provinciales de Sanidad, donde poner en práctica las principales directrices de la

Gerocultura: reconocimientos en salud, consejos higiénicos y dietéticos a los ancianos, etc.

Otro gran médico sanitario y catedrático de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Prof. Piédrola Gil, encargado durante varios años de la Sección de Gerocultura de la Dirección General de Sanidad, se dedicó durante muchos años a este tema. En artículos y capítulos de sus libros se encuentran las principales ideas sobre Planificación Geriátrica basadas en sus estancias en Londres y París con una beca de la O.M.S. que nos han servido de mucho, como punto de partida, para toda la labor práctica que hemos realizado en este campo. Este es el motivo principal por lo que le rogué nos orientara y dirigiera esta Tesis Doctoral.

Debo y quiero agradecer a la Dirección General de Sanidad la concesión de una Beca para asistir a un curso, organizado por la O. M. S., y celebrado en París en el año 1.965 sobre "Avances en los problemas de asistencia médico-social en personas de edad avanzada". El curso de un mes de duración fué dirigido por el Prof. Bourlière y constó de conferencias teóricas sobre Gerontología Social, Planificación Gerontológica, Geriátrica Clínica, Seminarios sobre temas clínicos y visitas a los Centros Gerontológicos y Geriátricos de la región de París. Se desarrolló en el Centro Perrin de Investigación Gerontológica y en el Hospital de Ivry, dos de los centros más importantes de Francia y Europa en Gerontología y Geriátrica.

Al concluir este curso y regresar a España nuestros contactos y visitas a la Dirección General de Sanidad, para tratar de iniciar una Planificación Geriátrica en España, fueron prácticamente semanales.

Organizamos un cursillo sobre Geriátrica en la Gran Residencia de Ancianos, perteneciente a la Dirección General de Asistencia Social, en colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva de la Dirección General de Sanidad, que entonces dirigía el Dr. Pérez Pardo.

Tras el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Gerontología

gía del año 1.966 se redactaron unas conclusiones que copio a continuación las cuales fueron presentadas personalmente por una representación de la Junta Directiva de la Sociedad, de la que formamos parte, al Director General de Sanidad, Prof. Orcoyen, para que los elevara al Sr. Ministro de la Gobernación. Le pareció interesante el contenido de la conclusiones pero nos argumentó que no era el momento de llevarlas a la práctica. Era partidario de acometer los problemas uno a uno y ya tenía otros planteados, según él, de mayor importancia.

Estas fueron las conclusiones del Congreso de 1.966:

1. - Necesidades de poner en marcha un Plan Nacional de Asistencia Geriátrica de forma parecida a como funcionan ya en el resto de las naciones europeas.

Los puntos esenciales del Plan son los siguientes:

A). - Creación de Dispensarios geriátricos provinciales; a través de ellos se puede prestar asistencia médico-social a la mayoría de los ancianos de la provincia. y se podrá hacer - eficaz ayuda en el domicilio del anciano, consiguiendo "El - ideal de tener el mayor número de ancianos en su hogar", enviando a las Residencias a los que real e imprescindible^{mente} lo necesitan. Es muy conveniente no sacar al anciano del ambiente donde ha estado toda la vida.

El cometido de estos Dispensarios es el siguiente:

a). - Medicina Preventiva; reconocimientos periódicos o exámenes en salud a partir de cierta edad, en los que se pueda llevar a cabo una importante labor de Gerocultura (consejos - higiénicos, dietéticos, regímenes de vida, normas de adaptación para enseñarles a envejecer), así como diagnósticos precoces y diagnósticos de enfermedades ignoradas en las - personas reconocidas.

Pensamos que los "exámenes en salud," incluidos en la Sanidad moderna, podrían hacerse en los mismos locales y por el mismo médico que llevara a cabo el resto del cometido - del Dispensario Geriátrico.

- b). - Medicina curativa: Enviando a los Centros correspondientes a los ancianos con procesos patológicos que no puedan resolverse en asistencia ambulatoria.
- c). - Labor social: asistencia social con la imprescindible colaboración de las asistentes sociales, que nos informarán del ambiente y necesidades.
- a). - Labor de enseñanza y divulgación: dando cursillos para médicos, enfermeras y asistentes sociales, así como divulgación sanitaria para los familiares de los ancianos.
- b). - Creación de Residencias en las provincias o regiones que sean necesarias, ingresando solamente a aquellos ancianos que no puedan estar en su hogar.
- c). - Modernizar todos los asilos existentes en España, dándoles unas condiciones mínimas de salubridad, calefacción, ventilación, cuarto para la higiene personal y sanitarias; estableciendo un adecuado régimen y control de la alimentación y de vida, proporcionándoles la asistencia médica adecuada por médicos con formación geriátrica.
- d). - Creación de Unidades Geriátricas o Servicios de Geriátrica en los Hospitales Generales.
- e). - Crear Centros de Rehabilitación Geriátricos. Establecer estos servicios en todos los Centros de ancianos.
- f). - Despertar la conciencia pública con una información adecuada por la prensa, radio y televisión de la necesidad de la ayuda social al anciano. Crear el Día del Anciano o del Abuelo.
- g). - Conveniencia de llevar a cabo este Plan con una ayuda conjunta y coordinada del Estado, Provincia, Municipio, Instituto Nacional de Previsión, Mutualidades, Cajas de Ahorro, etc.

h). - Necesidad urgente de crear un Patronato o Junta Nacional de Asistencia Geriátrica, presidida por las Direcciones Generales de Sanidad y Beneficencia y con la colaboración de todos aquellos organismos que puedan tener relación con problemas que afecten a los ancianos, como Instituto Nacional de Previsión, Mutualidades Laborales, Confederación de Cajas de Ahorro, Ministerio de la Vivienda, Instituto de Medicina y Seguridad del Trabajo, Sociedad Española de Gerontología, Ordenes Religiosas (Hermanitas de los pobres, Hermanitas - de los Ancianos Desamparados), Dirección General de Prensa, Radio - y Televisión, Cáritas (Obra de Ayuda al Anciano), Ministerio de Educación y Ciencia (Facultades de Medicina), Comisión del Plan de Desarrollo, Compañías de Seguros, etc.

A lo largo de estos años visitamos numerosas veces al Jefe de la Sección de Medicina Preventiva de la Dirección General de Sanidad, indicándole la gran labor de Gerocultura que podría hacerse en las Jefaturas Provinciales de Sanidad.

Posteriormente, cuando se hizo cargo el Dr. Muro de la Jefatura de la Sección de Gerocultura de esta Dirección General, le insistí reiteradamente sobre las enormes posibilidades y la relativa facilidad - de implantar estos Dispensarios Geriátricos dependientes de la Dirección General de Sanidad. Sus magníficos deseos, desafortunadamente, no pudieron plasmarse en realidad.

Nuestra colaboración con la Dirección General de Sanidad en favor de la Geriatria ha continuado hasta la actualidad. En el año 1.972 participamos como ponente oficial en el Seminario que organizó en Valladolid sobre "Asistencia al Anciano". El año siguiente, 1.973, tomé parte como ponente oficial también en el Simposium que dicha Dirección General de Sanidad organizó en Oviedo sobre "Rehabilitación del anciano enfermo crónico.". En el año 1.974, la Dirección General nos solicitó un informe sobre la cobertura sanitaria y social del anciano en España. Recientemente hemos colaborado plenamente en la Redacción de la - Ponencia "Geriatria y Tercera Edad" solicitada por la Comisión Intermin

nisterial para la Reforma de la Sanidad Española.

SERVICIO SOCIAL DE ASISTENCIA A PENSIONISTAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

=====

En el año 1.971 el Ministerio de Trabajo creó, dentro de la Dirección General de la Seguridad Social, el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas.

La organización y el funcionamiento del aspecto médico en la Asistencia Geriátrica de este Servicio, recae sobre la Asesoría Geriátrica de la que fuimos nombrados jefe al poco tiempo de su creación. La forma de llevar a cabo esta Asistencia Geriátrica fué expresada por nosotros en una serie de informes al entonces Director del Servicio, D. Juan Vidal Hernández, alma y artífice del mismo.

Posteriormente fué nombrado jefe de la Asesoría Geriátrica el Dr. D. Juan Manuel Martínez Gómez con el que hemos trabajado en íntima colaboración.

La organización y funcionamiento de la Asistencia Geriátrica, dentro de los centros existentes en este Servicio (Hogares y Residencias para pensionistas), tuvieron que adaptarse a las condiciones de estos centros y sobre todo a las limitaciones de la labor de los médicos impuestas por la Dirección General de la Seguridad Social. Así en los Hogares o Clubs de pensionistas, el médico Geriatra realiza fundamentalmente una labor de Medicina Preventiva, con reconocimientos periódicos en salud, orientación en el tipo de alimentación y género de vida, una labor de rehabilitación menor y orientación en terapia ocupacional y les facilita la labor asistencial de las enfermeras a su cargo (prescripción de inyecciones, curas, etc.). En ningún caso puede hacer medicina asistencial. Para el cargo de Médico Geriatra de los Hogares o Residencias de pensionistas, se selecciona a aquellos médicos con estudios, conocimientos o dedicación a esta rama de la Medicina.

En la Residencia para pensionistas se nombra a un médico que reu-

na iguales condiciones que en el caso anterior. Su dedicación a la -
Residencia es de media jornada y su principal labor abarca este caso
a la medicina preventiva, medicina asistencial y medicina rehabilitado-
ra menor. Para llevar a cabo esta misión tienen en la Residencia to-
do el material necesario: reactivos para determinar los datos analíti-
cos fundamentales, un aparato de rayos X, un electrocardiógrafo y --
todo el material suficiente para que los pensionistas puedan realizar --
la rehabilitación geriátrica menor y la terapia ocupacional en los ca--
sos que lo precisen.

Según consta en la planificación de este Servicio de Asistencia
a Pensionistas, se piensan poner en marcha varios Centros Gerontoló
gicos regionales. El primero de ellos en San Sebastián, integrado -
por un Hospital General Geriátrico para ancianos con enfermedades --
agudas, un Residencia Asistida para ancianos con enfermedades cróni-
cas o invalidantes que no puedan en sus domicilios recibir una asistenu
cia adecuada, un Hospital de Día, un Centro de Día para ancianos que
no se valgan por sí mismos y no puedan salir de su domicilio por sus
propios medios.

La distribución, organización y funcionamiento de este Centro Ge-
rontológico ha sido planificada por la Asesoría Geriátrica del Servicio
(Dres. Salgado y Martínez Gómez).

En la actualidad, este gran Centro Gerontológico regional va a -
ser dedicado a Residencia Sanitaria de la Seguridad Social por decisión
del nuevo equipo ministerial del Ministerios de Trabajo. Dentro de esta
Residencia Sanitaria se piensa crear una Unidad Geriátrica para pensiou
nistas con enfermedades agudas y un Hospital de Día. En la misma finca,
donde está situada esta Residencia Sanitaria, se proyecta construir una
Residencia Asistida y una Residencia para pensionistas que puedan valeru
se por sí mismos.

Siguiendo las normas del nuevo equipo del Ministerio de Trabajo
y concretamente de la nueva Dirección General de Servicios Sociales,
se desea intensificar la Ayuda Social a Domicilio.

Tanto esta nueva Dirección General, como la Dirección General de la Seguridad Social están decididas a poner en marcha una Asistencia Geriátrica o un Plan Geriátrico Médico que complete el Plan Gerontológico de la Seguridad Social, fundamentalmente de ámbito social, que como anteriormente hemos dicho está en funcionamiento desde el año 1.971.

Todos los estudios previos para poner en marcha este Plan Geriátrico han sido hechos por la Asesoría Geriátrica del Servicio (Dres. Salgado y Martínez Gómez) y su contenido forma parte de alguno de los capítulos posteriores de esta Tesis Doctoral.

Las publicaciones principales hechas por nosotros en este Servicio Social de Asistencia a Pensionistas son las siguientes:

1. - Ponencia sobre Asistencia Médico-social a Ancianos, en el Congreso Internacional de Gerontología Social, organizado por el Servicio en el año 1.972.
2. - Mesa Redonda sobre "Medicina Preventiva en Geriatria" -- en el Curso Internacional de Gerontología Social del año 1.974, organizado por el Centro Internacional de Gerontología Social de París, presidido por el Dr. Huet.
3. - Libro de Geriatria, en el que se recogen todas las conferencias pronunciadas en el I Curso de Geriatria Clínica de la Seguridad Social. Este Curso fué organizado por el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas en colaboración con la Clínica Puerta de Hierro de la Seguridad Social de Madrid en el año 1.972 y en el que actué como Secretario General.
4. - Comunicaciones a los Congresos Nacionales, Europeos e Internacionales de Gerontología y Geriatria:
 - Plan Gerontológico de la Seguridad Social Española. - I - Congreso Latinoamericano de Gerontología y Geriatria, 1973.
 - Cursillo a Personal Voluntario para Ayuda a Domicilio. -

- Servicio de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social, 1.975.
- Enfoque de la Medicina Preventiva dentro del Plan Gerontológico de la Seguridad Social (Congreso Europeo de Manchester y Congreso Nacional de Tarragona).
- Problemas Geriatricos en un Centro de Rehabilitación (En el Centro Nacional de Rehabilitación).

=====

RESPUESTA DE LOS DIFERENTES PAISES A ESTA PROBLEMA TICA: PLANES GERONTOLOGICOS

=====

Ante la problemática, ya expuesta, que origina el envejecimiento de las poblaciones, los diferentes países han estudiado las posibles soluciones en cada caso tanto en el aspecto económico como en el social y médico-asistencial. Así se han organizado los Planes Gerontológicos o Geriátricos en los diferentes países. Como ya hemos comentado aquellos países tienen un desarrollo económico-social más elevado son los que presentan una población más envejecida y es por tanto en éstos donde antes se empezaron a estudiar todos estos problemas y donde se han puesto en marcha soluciones concretas.

Para dar una visión panorámica de la planificación y el desarrollo de la Asistencia Social y Médico-asistencial en los países más representativos vamos a exponer una serie de puntos con mayor o menor extensión que coincidirá con el contenido de la encuesta que hicimos a los representantes oficiales de las distintas Sociedades Europeas de Gerontología en el VI Congreso de la Sección Clínica Europea de I. A. G. (Asociación Internacional de Gerontología) celebrado en Manchester en el mes de septiembre del año 1.974.

Estas fueron las preguntas concretas que formaron el modelo de la encuesta:

- ¿Tiene su país Plan Gerontológico?.
- ¿Tiene algunas revistas de Gerontología o Geriatria?.
- ¿Tiene Cátedras de Gerontología o Geriatria en la Universidad?.
- ¿Tiene Unidades Geriátricas en sus Hospitales Generales?.
- ¿Cuál es la Ayuda Médica a Domicilio que prestan a sus ancianos?.
- ¿Cuál es y cómo está organizada la ayuda social a domicilio?.
- ¿Tiene centros de investigación en Gerontología Social?.
- ¿Tiene centros de investigación Biológica en el campo de la Geriatria?.

A continuación figuran las respuestas de algunos de ellos.

GRAN BRETAÑA

El Reino Unido es sin duda uno de los países donde el desarrollo de la Geriatria, de la asistencia médica especializada a los ancianos

nos, ha comenzado más precozmente y ha alcanzado mayor nivel. Las dificultades y la oposición que los médicos encontraron en un principio fué muy grande por lo que su mérito es extraordinario y sin duda ha servido de estímulo y guía a los médicos de la mayoría de los países que sentimos la necesidad de esta planificación y asistencia Geriátrica. Lo anteriormente expuesto tiene mayor relevancia si consideramos que en el Reino Unido no existe un plan Geriátrico ni Gerontológico preestablecido, ni tampoco leyes fundamentales que marquen la pauta de asistencia a los ancianos en el orden social o médico. Esta asistencia la llevan a cabo el Servicio Nacional de la Salud, las autoridades sanitarias locales y Organizaciones privadas de voluntarios, a las que luego nos referiremos. Estos organismos o asociaciones privadas son numerosas y están reagrupadas en un mismo Organismo, que recibe el nombre de Consejo Nacional de Ayuda a las personas ancianas (Old age concern). Es un organismo privado, fundado en el año 1.940 y que funciona en colaboración con los servicios del Estado. Cuenta con 110 Comités repartidos por todo el territorio inglés. El centro administrativo se encuentra en Londres y allí se estudian todos los problemas de las personas de edad. Es muy importante la participación del personal voluntario. Su principal misión es atender a todas las necesidades de las personas ancianas. Periódicamente se publican las actividades de los diferentes equipos que integran el O.A.C.

Existe una organización idéntica en Escocia, País de Gales e Irlanda que trabajan en íntima colaboración.

Existe cierta coordinación entre estas tres instituciones, pero dista mucho de ser la más adecuada. Por ello en la actualidad están tratando de extender la acción que vienen realizando cada uno de estos tres tipos de instituciones y asimismo pretender coordinar sus esfuerzos para que la asistencia médico-social llegue a todos sus ancianos, cosa que en la actualidad no ocurre.

Existen en Gran Bretaña más de 200 Servicios o Departamentos de Geriatria formando parte o en estrecha relación con Hospitales Ge-

nerales, o Distrito o Universitario. Partiendo de estos Servicios o Departamentos han creado un Servicio Geriátrico de Área de trascendental importancia. Cada uno de estos Servicios Geriátricos -- atiende a un área de 200.000 habitantes o sea a 20 ó 30.000 ancianos a los que proporciona la asistencia médico-social en colaboración con otros Centros e Instituciones que a continuación veremos de forma resumida:

Servicio o Departamento de Geriátria del Hospital: Consta de Unidad de Asesoramiento Geriátrico para ingresar a ancianos con procesos agudos; en ella hay además unas camas para ancianos con sintomatología mental aguda que forman la Unidad de Psicogeriatría. Otra parte importante de estos servicios es la zona o consultorio para atender a pacientes ancianos externos o ambulatorios que correspondería a nuestro Dispensario Geriátrico. La mayor parte de los servicios y todos los Departamentos de Geriátria tienen un Hospital de Día. Tienen también un número de camas de larga estancia o tratamiento continuado que pueden estar situadas dentro del Hospital General o en -- otros Centros cercanos pero siempre atendidas por el mismo personal médico del Servicio Hospitalario. Algunos Servicios Geriátricos, en pequeño número también Residencias para frágiles físicos o mentales. La plantilla del personal de estos servicios varían numéricamente pero siempre constan de médicos geriatras, enfermeras especializadas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, quirópodas, asistente social, personal auxiliar y secretaria.

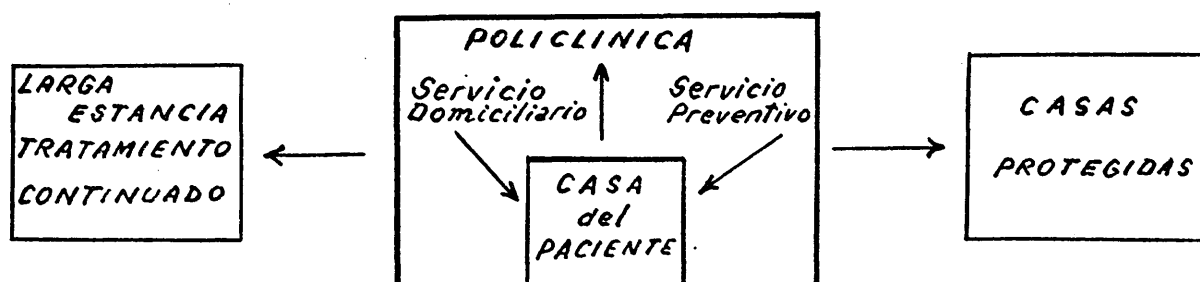
Centro de Salud de la Comunidad: Presta asistencia médico-social a un área de 20 ó 30.000 habitantes o sea a 2.000 ó 3.000 ancianos y depende del Servicio de Departamento Geriátrico del Hospital General. En este Centro trabajan de 5 a 8 médicos generales que asis-- ten a personas de todas las edades. Uno de ellos tienen especial interés en las enfermedades y servicios existentes para los ancianos y a él le envían sus compañeros aquellos pacientes ancianos que lo juzgan necesario por presentar problemas médicos o sociales más compli

cados. De forma periódica y en los casos necesarios acuden a este - centro un Geriatra, un Psiquiatra "otros médicos especialistas del - Hospital General; del Centro de Salud parten las enfermeras de distrito que actúan en el domicilio del anciano con igual cometido al que realizan en enfermos de otras edades. Las visitadoras en salud son las encargadas de la Medicina Preventiva en el domicilio de los propios ancianos rellenando un cuestionario y dando consejos para prevenir accidentes, orientar su género de vida y alimentación, etc. Las Asistentes Sociales tienen un despacho en el propio Centro de Salud y se desplazan al domicilio de los ancianos en los casos necesarios. Ellos son los encargados de hacer el estudio social de los pacientes ancianos con el correspondiente diagnóstico y tratamiento social, proporcionan a los ancianos toda la información que necesitan de alojamiento, etc., organizar y dirigen el trabajo del personal voluntario, así como la ayuda social a domicilio (comidas sobre ruedas, consejo sobre los servicios de ancianos existentes, ayudas financieras, etc.). En algunos Centros de Salud forma parte del personal una dietista.

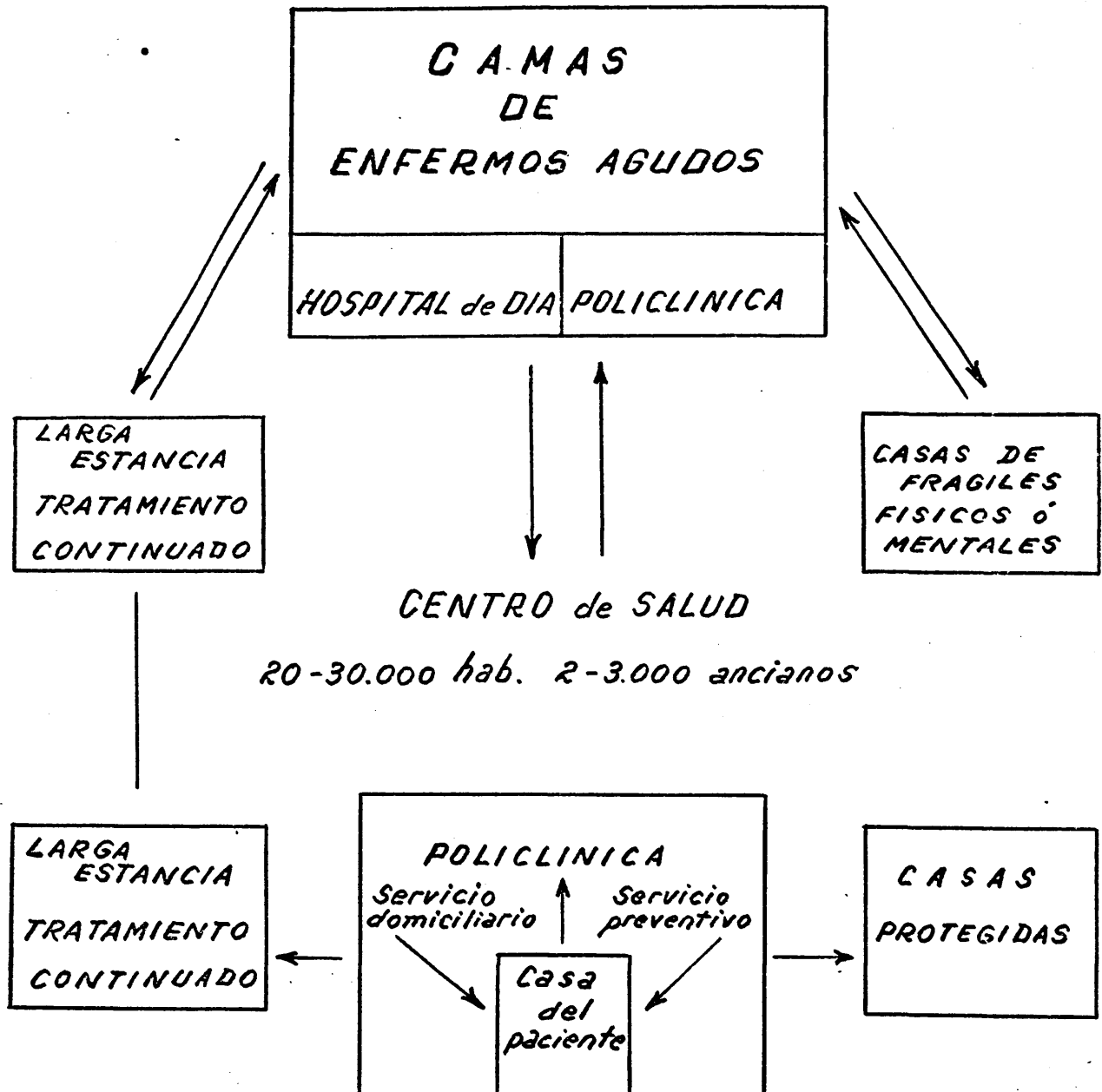
En conexión con el Centro de Salud existen también Centros o Residencias con camas para ancianos enfermos que precisan larga estancia o tratamiento continuado y en algunas ocasiones disponen también de casas protegidas para ancianos.

Todo lo dicho anteriormente puede resumirse en estos dos esquemas:

CENTRO DE SALUD
20-30 habitantes
mil
2-3.000 ancianos



SERVICIO DE AREA GERIATRICO
HOSPITAL DE DISTRITO
200.000 habitantes
20.000 ancianos



Existe por tanto un equipo domiciliario integrado por: enfermeras de distrito, visitadora en salud, asistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, quiropoda y personal voluntario que prestan su ayuda en el domicilio del anciano enfermo y que parten del Hospital General o del Centro de Salud.

En algunos de estos Servicios de Area existen Centros de Día - que se diferencian principalmente del Hospital de Día en que los ancianos presentan enfermedades invalidantes, no pueden valerse por sí mismos y deben ser transportados en ambulancias y en los cuales la recuperación física ha llegado a su techo; acuden al Centro principalmente - para tener relaciones y contactos sociales.

LA ENSEÑANZA DE LA GERIATRIA. Está muy desarrollada en - Gran Bretaña. En el año 1.951, en la ciudad de Dundee (Escocia), se creó un Servicio de Geriátría donde empezaron a estudiar dicha especialidad los alumnos de los dos últimos cursos de la carrera de medicina. En 1.962 se estableció en la Universidad de St. Andrews la Cátedra de Geriátría bajo el asesoramiento del Maryfiel Hospital en Dundee. Desde entonces la Geriátría es una parte importante de la Licenciatura Médica. Su enseñanza se lleva a cabo el último curso de la carrera, durante un trimestre en el cual tienen tres hora semanales de lecciones teóricas y prácticas. Los temas que incluyen en su enseñanza son muy amplios, -- tales como Medicina Preventiva, aspectos demográficos, temas clínicos y de diagnóstico, características de la terapéutica, rehabilitación, terapia ocupacional, ayuda médica a domicilio, ayuda social a domicilio, temas - de sociología, etc.

Otros dos grandes Centros Universitarios del Reino Unido para la formación de Especialistas en Geriátría son: el Departamento de Geriátría de la Facultad de Medicina de Manchester que dirige el Prof. Brocklehurst y el Departamento de Geriátría de la Facultad de Medicina de Glasgow que dirige el Prof. Fergusson Anderson. Ambos proporcionan enseñanza a los alumnos durante los dos últimos cursos de la Licenciatura.

tura, mediante lecciones teóricas y prácticas sobre características del envejecimiento normal, fisiología y bioquímica del envejecimiento, aspectos clínicos, terapéuticos, medicina preventiva y medicina social, visitas a la Unidad Geriátrica, al Dispensario, a las residencias para ancianos, al Hospital de Día y al propio domicilio de los ancianos.

Gran importancia han adquirido los cursos para postgraduados - que se celebran desde hace 15 años en el Departamento de Geriatria - de la Universidad de Glasgow, cuyo programa por su interés reproducimos a continuación:

CURSO PARA MEDICOS GENERALES QUE TENGAN INTERES POR LA GERIATRIA. - Se desarrolla como sigue:

Lunes por la mañana:

- 1º. - Desarrollo de los Servicios de Geriatria en el Reino Unido.
- 2º. - Estudio del envejecimiento de la población.
- 3º. - Futuro de la Medicina Geriátrica.

Tarde:

- 1º. - Visita al Dispensario Geriátrico, con presentación de casos clínicos. Aparatos de ayuda al anciano.

Martes por la mañana:

- 1º. - Servicios de las Autoridades Locales para ancianos.
- 2º. - Trabajo del personal voluntario.
- 3º. - Medicina Preventiva.

Tarde:

- 1º. - Indicaciones de la Cirugía en ancianos con accidentes vasculo-cerebrales.
- 2º. - Clase práctica sobre rehabilitación del hemipléjico.

Miércoles por la mañana:

- 1º. - Visita domiciliaria, para asesoramiento y estudio del impac

to de la enfermedad del anciano sobre su familia.

2º.- Enfermedad cardiovascular en el anciano. Demostración - clínico-patológica.

Tarde;

1º.- Problemas más frecuentes de patología renal en los ancianos.

Jueves por la mañana;

1º.- Las tendencias actuales en la salud mental de los ancianos.

2º.- Desórdenes afectivos.

3º.- Estados orgánicos confusionales.

4º.- La salud mental del anciano en la comunidad.

Tarde;

1º.- Visita a alojamientos especiales para ancianos, entre los - que un Hospital para frágiles mentales y físicos.

Viernes por la mañana;

1º.- Incontinencia fecal y urinaria.

2º.- Úlceras de decúbito.

3º.- Tratamiento de pacientes ancianos con alteraciones en los - sentidos (ojos, oídos).

4º.- Caídas en el anciano.

Tarde;

1º.- Enfermedades respiratorias en el anciano.

2º.- Simposium sobre terapéutica;

A).- Digital y diuréticos, en el anciano.

B).- Efectos secundarios en las drogas en Geriatria.

C).- Hipnóticos y tranquilizantes.

CURSO DE FIN DE SEMANA PARA LOS MEDICOS INTERESADOS POR LA GERIATRIA.- En ellos se estudian principalmen-

ten los siguientes temas:

a).- Servicios existentes en favor de los ancianos.

- b). - Rehabilitación del hemipléjico.
- c). - Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria.
- d). - Confusión mental.
- e). - Tratamiento medicamentoso.
- f). - Aspectos preventivos de la Medicina Geriátrica.

Los lugares donde se forman los médicos geriatras con dedicación intrahospitalaria son los Servicios o Departamentos de Geriatria de los Hospitales de distrito y universitarios. El Colegio de Médicos de Escocia y Londres exigen, antes de comenzar la especialización en Geriatria, que los médicos aspirantes hayan hecho cuatro años de Medicina Interna. La especialización de Geriatria en general dura cuatro años en el caso de que el aspirante haya realizado solo dos cursos de la especialización de Medicina Interna, y dos si hubiesen cursado aquellos cuatro.

Otros cursos que organiza el Departamento de Geriatria de la Universidad de Glasgow y otras Facultades de Medicina Inglesa, son los de preparación para el retiro dedicados a las personas que están próximas a la edad de la jubilación.

La Sociedad Británica de Gerontología cuenta con más de 500 miembros, la mayoría de los cuales trabajan en Departamentos de Geriatria de Hospitales Generales o pertenecen a la autoridad sanitaria local. Editan tres revistas, una de ellas es "Gerontología Clínica" que se publica bimensualmente y cuyo contenido, de tono científico elevado, abarca: temas clínicos, sociales y en menor proporción temas de investigación. La otra revista "Modern Geriatrics" de publicación bimensual y con trabajos interesantes de tipo clínico práctico. La tercera "Experimental Gerontology" bimensual también, con temas de investigación.

De gran importancia y desarrollo floreciente son las organizaciones de voluntarios en favor de los ancianos.

La investigación biológica sobre causas del envejecimiento es - destacada en Inglaterra, a la cabeza de la cual destaca la Escuela - de Confort. Los estudios sobre investigación clínica son muy abundantes. No existen Centros especiales sobre investigación Geriátrica o - Gerontología Social y en la actualidad están discutiendo los planes para la creación de un Instituto de Gerontología donde se hiciera dicho tipo de investigación.

IRLANDA

La asistencia médica y social a los ancianos en Irlanda recaé - principalmente en el estado, autoridades locales y organizaciones de - personal voluntario. Lo más importante es el Comité Interdepartamental sobre el cuidado a los ancianos publicado en 1.968. Este documento no tiene la fuerza de una ley pero es una gran guía para la asistencia - social a los ancianos en el presente y en el futuro. En el aspecto médico la asistencia Geriátrica, por parte del estado, recaé en geriatras regionales que tienen la responsabilidad primaria para el cuidado clínico-sanitario de los ancianos de su región. No existe pues un Plan Gerontológico expreso. Tampoco tienen publicaciones periódicas de Geriatría.

La Sociedad Irlandesa de Geriatria, fundada hace más de 20 años, ha tenido una vida muy apagada hasta hace unos 6 ó 8, en que han comenzado con reuniones y Congresos regulares y asistencia a todos los Congresos Internacionales de la I.A.G.

No tienen Cátedras de Gerontología o Geriatria, pero en la Universidad de Dublín hay un lector en Geriatria Clínica. En este país -- existen 6 Unidades o Servicios de Geriatria en Hospitales Generales -- preparados para recibir y tratar enfermos geriátricos en condiciones - adecuadas. Uno de los mayores problemas que tienen en este aspecto es la formación de personal médico y paramédico especializado en Geriatria ya que la remuneración económica no es adecuada. Ultimamente se están organizando numerosos cursos de asistencia médica y social para médicos

y sobre todo para enfermeras.

La Ayuda Médica a Domicilio parte de los Servicios de Geriatría hospitalarios y la Ayuda Social a Domicilio está a cargo de las autoridades sanitarias locales y de las organizaciones de voluntarios en favor de los ancianos (O.A.C.). Ambas ayudas, sobre todo la social, están francamente extendidas y son muy amplios los servicios que prestan.

La investigación en Gerontología Social y Biológica se hace en los Centros Generales de Investigación Biológica o Social. No existen centros especiales para investigación Gerontológica.

FRANCIA

El Plan Gerontológico mejor estudiado de Europa, que puede servir de prototipo, es el llevado a cabo por la Comisión presidida por Pierre Laroque en Francia. En el año 1.960 el Estado Francés encargó a una Comisión presidida por Pierre Laroque que estudiara todos los aspectos del envejecimiento en Francia. Esta Comisión, después de estudiar prácticamente todos los problemas que la vejez presenta -según comentaremos a continuación-, ha hecho un informe que está contenido en un libro de más de 400 páginas.

Comienza afirmando que el envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico propio de todos los países desarrollados. Y que este envejecimiento de la población presenta un conjunto de problemas -económicos, financieros, sociales y médicos que han sido considerados hasta el presente de una manera difusa y particular. Francia es -dice- el país del mundo, excepción hecha de la Alemania del Este, que cuenta con la mayor proporción de personas ancianas: el 16'7% de sus habitantes tenían en 1.960 más de sesenta años.

La Comisión Laroque estaba integrada por un conjunto de personas cualificadas por su competencia en los diversos temas a estudiar dentro del envejecimiento: sociología, demografía, economía, técnica de regímenes de jubilación, geriatría, etc. La finalidad principal de este informe Laroque es determinar la política a seguir en Francia sobre todos los proble

mas del envejecimiento de la población en los próximos 20 años .

Sus métodos de trabajo han sido múltiples: el primero consistió en elaborar una serie de cuestionarios detallados sobre todas y cada una de las cuestiones que debían examinar, los cuales fueron dirigidos a un elevado número de instituciones públicas y privadas que tuvieron relación con el tema de estudio.

La Comisión no se contentó con estudiar las respuestas escritas (recibidas en contestación a estos cuestionarios), sino que convocó a numerosas reuniones a los representantes más importantes de las agrupaciones consultadas, los cuales mantenían un verdadero debate con los miembros de la Comisión.

Por otra parte, la Comisión encargaba a alguno de sus miembros que expusieran, según su experiencia, aquellos temas que conocieran muy especialmente. (Así, por ejemplo, el Prof. Bourliere se le encargó que estudiara las manifestaciones y las consecuencias del envejecimiento individual). O bien les encargaba de hacer determinadas encuestas o estudios monográficos, (como la encuesta llevada a cabo por el Prof. Chevalier en 1.960-61, en el Departamento del Sena, en la que hizo un balance entre las necesidades de la población anciana y los medios que se pusieron en marcha para satisfacerlas).

También la Comisión pidió a la Asociación Nacional de Asistentes Sociales que llevara a cabo una encuesta para conocer el comportamiento de las personas de edad y sus reacciones psicológicas ante los problemas que se les presentan. Por último, ha estimado necesario informarse de la experiencia que otros países tuvieran para solucionar los problemas de la ancianidad. Principalmente en aquellos países en que estos problemas hayan sido mejor estudiados y tengan ya soluciones puestas en práctica, como Gran Bretaña, Suecia y Dinamarca.

Otra labor importante de la Comisión fué el informar a la opinión pública de todos los problemas que presenta el envejecimiento para que tomen una clara conciencia de ellos. Con ello se facilita, por ejemplo,

el clima psicológico para el empleo de trabajadores de edad avanzada, los cuales encuentran siempre grandes obstáculos; para llevar a cabo esta labor informativa organizó una campaña de información objetiva y de gran rigor científico en la prensa, radio y televisión.

Por último, la Comisión redactó como última fase de sus trabajos una serie de capítulos sobre los siguientes puntos:

- 1º. - Los datos demográficos donde son analizadas las causas - del envejecimiento de la población francesa y las perspectivas de devolución en los veinte años próximos.
- 2º. - Estudio del envejecimiento individual y sus manifestaciones fisiológicas y psicológicas.
- 3º. - Condiciones de vida de las personas de edad avanzada obtenidas por datos estadísticos y a través de encuestas, estudios monográficos y sondeos de la opinión.
- 4º. - Actividad profesional de las personas de edad avanzada, en el que trata de los diferentes aspectos del empleo, límite - de la actividad en función de la edad, naturaleza de las actividades ejercidas por los trabajadores de edad, causas de las dificultades de encuadramiento que encuentran estos trabajadores, etc.
- 5º. - Estudios de los regímenes de jubilación y de las pensiones de vejez, tanto en los ancianos que han cotizado como en los que no han hecho cotización alguna a lo largo de su vida. - Financiación de estos regímenes y posibles mejoras.
- 6º. - La ayuda social obligatoria o facultativa y las diversas formas de acción social ejercidas en beneficio de las personas de edad. Estudia también el estado actual de la atención sanitaria y hospitalaria para las personas de edad.
- 7º. - Comportamiento social y reacciones psicológicas de los ancianos ante sus propios problemas.

82. - Hace un estudio crítico no descriptivo de la situación actual, ya se trate del empleo, de los ingresos de las personas de edad y principalmente de las pensiones de vejez y jubilación de la ayuda y acción, así como de los problemas médicos y hospitalarios, etc.

Como consecuencia de este estudio crítico, se establece como debe llevarse a cabo la ayuda a la vejez en los -- principales aspectos, redactando conclusiones sobre los siguientes capítulos:

- a). - Conclusiones relativas al empleo de las personas de -- edad.
- b). - Las que conciernen a los regímenes de jubilación, así como el mínimo que debe percibir toda persona de edad sin ingresos económicos.
- c). - La política del alojamiento (residencias, etc).
- d). - La ayuda social y diversos servicios de la acción social, así como la situación de los ancianos en la colectividad. Mantienen firmemente la necesidad de integrar --y no agre-- gar-- a los ancianos dentro de la sociedad, donde tienen un evidente cometido, entre los cuales está el lograr un equilibrio dentro de ella.
- e). - Conclusiones concernientes a los problemas médicos y -- hospitalarios.
- f). - Información y educación de la población sobre estos pro-- blemas.

En resumen, este informe marca una política coordinada de la vejez, señalando a cada sector la parte -- que le corresponde llevar a cabo.

He aquí uno de los aspectos que, a nuestro modo de ver, tiene -- la mayor trascendencia y dará los mejores resultados en todo el plan de asis--

tencia geriátrica, y que en Francia está plenamente logrado: la colaboración de todos los sectores públicos y privados para llevar a cabo las normas fijadas por dicho plan. Así, por ejemplo, la mayoría de las residencias de ancianos, que visitamos en la región de París, -- están construidas por el Estado, la Seguridad Social, la Provincia o el Municipio y aportaciones particulares en unos porcentajes variables.

La protección económica de los jubilados en Francia, es muy desigual y diversa debida a la gran complejidad de los regímenes de Seguridad Social francesa. Existen más de cien regímenes especiales de jubilados, 700 regímenes de retirados especiales, 300 instituciones -- empresariales, 120 cajas de ahorro y mutualidades y 50 colegios profesionales, por ello la situación financiera de los jubilados varia mucho de unas personas a otras según los factores anteriormente expuestos, según su estado civil, etc.

Son numerosas las ayudas sociales que reciben de las autoridades departamentales y de las asociaciones gerontológicas: ayuda a domicilio, clubs de ancianos, precio reducido en los medios de transportes, facilidades en viajes y vacaciones, restaurantes especiales, etc. etc. Existen también varias asociaciones de voluntarios para ancianos.

Aproximadamente el 5% de los jubilados viven en colectividad, -- bien en antiguos asilos, residencias de ancianos, apartamento-hogares, apartamentos integrados, "apartamentos sol" especiales para ancianos, y casas rurales de tipo nórdico.

En París existe una Cátedra de Gerontología que regenta el Prof. Bourlière, que trabaja sobre problemas básicos de Gerontología: demográficos, estudios del envejecimiento individual, colectivo y diferencial, etc.

Goza de gran prestigio la Asociación Gerontológica del XIII Distrito, de carácter privado, que funciona desde 1.965. Cuando con instituciones extrahospitalarias y hospitalarias. Entre las primeras están los dispensarios geriátricos, (dos en la actualidad) para hacer recono

cimiento en salud y la consiguiente orientación al anciano, tanto en el campo físico como psíquico y social. En ellos trabajan un Médico Geriatra, un sociólogo y un asistente social.

Disponen también de equipos móviles médico-sociales que se ocupan de los ancianos del distrito en su propio domicilio y les orientan y animan en los casos necesarios para que acudan a un club, a un -- centro de día, para que se beneficien de la reeducación, animación, -- psicoterapia etc. Tratan a los ancianos con enfermedades leves y facilitan el ingreso hospitalario en los casos graves, prestan ayuda a los ancianos que son dados de alta en el hospital y se reintegran a su hogar. El equipo móvil consta de un médico, una secretaria, dos enfermeras y una persona que presta ayuda a domicilio. Han demostrado su utilidad pero encuentran dificultades de tipo administrativo por lo que no tienen la expansión que debieran.

Otra de las instituciones del XIII Distrito de París son los centros de tratamiento de día que tienen cierto parecido con un hospital de día pues a él acuden ancianos que viven en su domicilio para recibir tratamientos médicos de orden somático o psíquico y tratamiento social. Estos tratamientos son principalmente de enfermería, fisioterapia, ergo terapia, terapia de grupo, psicoterapia, pedicuro, consejos de dietética, etc. La plantilla de personal es un director, un médico, una enfermera, una fisioterapeuta, una animadora social y a temporadas una dietista.

El centro hospitalario para ancianos más importante de la región de París es la Unidad Geriátrica del Hospital de Yvry. Los profesores Vignalou, Beck y Berthaux han organizado una unidad de agudos, una unidad de estancia media y otra de larga estancia. Funcionan asimismo un hospital de día y un centro de reeducación.

Son numerosos los trabajos de investigación clínica que se realizan en Yvry, que son publicados en las revistas francesas más conocidas, sobre procesos cardiovasculares, tromboembólicos, inmunológicos, etc. También son de destacar en dicha Unidad Geriátrica los traba

jos "in vivo" e "in vitro" como los realizados en el sistema óseo.

La labor de enseñanza del Hospital de Yvry es también muy importante: organiza cursos de geronto-psiquiatría, de Geriatría clínica y proporciona diplomas o certificados a los médicos asistentes.

El equipo del XIII Distrito de París dirige también importantes trabajos sobre problemas de Gerontología Social.

En Nancy el Profesor Cuny ha organizado la Gerontología y la Geriatría con directrices modernas. Las Instituciones o Centros Geriatricos dependen de los Hospitales Públicos o de la Oficina de Higiene Social. De los Hospitales Públicos depende un Servicio de Geriatría hospitalaria, dispensario o consulta externa y dos Residencias de langa estancia que cuentan con 450 camas en total. De la Oficina de Higiene Social depende un centro de reeducación y readaptación y un -- centro de exámes en salud. La enseñanza de la Geriatría se hace en los 2 últimos cursos de la carrera, dedicando cada alumno de 60 a 70 medias horas por curso. La enseñanza se completa con una serie de -- coloquios y mesa. redondas sobre Geriatría Social en los que interviene un profesor de Medicina Social. Son también de destacar los trabajos de investigación en Geriatría clínica que lleva a cabo el Prof. Cunny.

En Toulouse en el año 1.973 se ha creado la Universidad de la Tercera Edad, dentro de la unidad de enseñanza y de investigación, - "Estudios Internacionales y de Desarrollo" de la Universidad de Ciencias Sociales. Su finalidad es elevar el nivel de vida de las personas de la tercera edad en los años difíciles que preceden y siguen a la jubilación. Es a la vez una institución de educación permanente y de salud pública pues se ocupa del bienestar físico, mental y social de las personas de edad. Existe en ella una serie de actividades y programas físico-socio-culturales y trabajos de investigación pluridisciplinarios muy especializados; conferencias sobre música, historia, arte, etc; mesa redonda sobre temas de actualidad; días de estudio sobre alojamientos, y actividad física en la tercera edad; coloquios, etc.

Actividad de suma importancia en esta Universidad son: los exámenes en salud que dirige el profesor Dardenne, los ejercicios físicos y actividades deportivas regladas y supervisadas y la educación sanitaria en la que se orienta a los alumnos sobre régimen de vida y alimentación y se dan charlas de divulgación sobre las principales características de los procesos cardiovasculares, pulmonares, etc. etc.

En Grenoble las Organizaciones Gerontológicas y Geriátricas son numerosísimas y modelo en muchos aspectos; es el único departamento que ha conseguido prácticamente la mayoría de las directrices marcadas en el Plan Laroque. En el 1.967 se crea una oficina para las personas de edad (O.G.P.A.). En 1.971 y tras una circular ministerial que pide a todos los departamentos franceses crear centros de información y coordinación para las personas ancianas, en Grenoble se crea la U.D.I.P.A. (Unión Departamental de Isère para las Personas Ancianas) con el concurso de la O.G.P.A.

A parte de esta gran labor social el aspecto médico geriátrico - que dirige el Profesor Hugonot pretende fundamentalmente mejorar las condiciones de vida de las personas de edad basándose en los principios de la medicina preventiva. Mantenerlos en buen estado de salud - física, psíquica y social; descubrir en ellos enfermedades ignoradas, etc. etc. El C.E.S.P.A., Centro de Estudios Sistemáticos de la Salud para Personas de Edad Avanzada, se crea con este fin. Son numerosos los clubs médico-deportivos donde se hace un estudio completo a los ancianos que allí practican la gimnasia, natación, bicicleta, tenis, etc.

Los servicios geriátricos hospitalarios situados en el Centro Hospitalario Regional, cuentan con todos los servicios y dependencias de un Servicio Geriátrico moderno: camas para agudos, larga estancia, rehabilitación, animación, etc.

Capítulo aparte merece la importancia a la Socioterapia preventiva y curativa para conseguir que la mayoría de los ancianos a su cuidado permanezca o vuelvan a valerse por sí mismos y ser socialmente autónomos. Para ello ponen en práctica una serie de técnicas y acti

vidades individuales o de grupo terapia ocupacional, terapia recreativa, ergoterapia, kinesiología psicoterapia, etc, etc.

Otra actividad de gran importancia que llevan a cabo los servicios geriátricos de Grenoble es la hospitalización a domicilio mediante la cual los ancianos enfermos pueden recibir en su propio domicilio un tratamiento por el mismo personal y con igual material que - el propio hospital; esta hospitalización domiciliaria lo llevan solamente a cabo en casos seleccionados.

Son frecuentes los trabajos de investigación clínica y proporcionan enseñanza de Geriátría a estudiantes de Medicina, a médicos postgraduados, -a los que proporcionan diploma o certificado tras la realización de los cursos correspondientes- así como a personal paramédico (enfermeras, fisioterapeutas, etc.).

XXXXXXXXXXXXX

En otras Facultades de Medicina francesas se enseña a los alumnos Geriátría y Gerontología no siempre con carácter obligatorio, así - en Lyon el Profesor Vignon, en Marsella el Prof. Audier, En Montpellier el Prof. Balmal, en Tours el Prof. Aron.

Hay varios centros de investigación, sobre Gerontología, en Francia. En París el Centro de Gerontología de Claudio Bernard, en St. Perreine, mantenido con ayuda pública. La Fundación General de Gerontología subvencionada por el gobierno y el Centro Gerontología Social - de la C.N.R.O. que cuentan con computadoras electrónicas para clasificar la investigación gerontológica.

Hay 3 Sociedades Científicas de Gerontología con numerosos miembros. La Sociedad Nacional es la Sociedad Francesa de Gerontología. - Las otras dos son la Sociedad de Gerontología del Sudoeste de Francia y la Sociedad de Gerontología del Litoral Mediterráneo, estas dos de un alto nivel científico.

Se editan varias revistas de Gerontología : "Revista de Gerontología de Expresión Francesa", "Gerontologie". etc.

ITALIA:

La Sociedad Italiana de Gerontología y Geriatria se fundó en el año 1.950, celebró sus bodas de plata coincidiendo con el Congreso - Italiano de Gerontología que tuvo lugar en Florencia los días 10 al - 12 de Octubre del año 1.975. La Junta Directiva de la Sociedad a - través de su Secretario general, Prof. Scardigli tuvo la gentileza de invitarnos a la celebración de los actos científicos conmemorativos, - de fecha tan señalada para la Geriatria de Italia.

La Sociedad tiene tres ramas: Biológica , clínica y social. Cada rama tiene un Vicepresidente. Existen también numerosas secciones lo - cales que llegan a todas las regiones italianas; cuentan con un elevado número de socios entre los que figuran todos los médicos que hacen - Geriatria intra y extrahospitalaria.

En Italia se editan dos revistas: el "Giornale di Gerontologia" y "Medicina Geriatrica" cuyo contenido es principalmente clínico y de - planificación de la Sistencia Geriatrica y otra revista estrechamente - relacionada con esta especialidad: "Giornale de la Arterioesclerosis".

En Italia tiene gran pujanza la enseñanza de esta especialidad, - gracias a la labor y extraordinaria personalidad del fallecido Prof. -- Greppi que fué catedrático de la Universidad de Florencia, fundador y Presidente de la Sociedad de Gerontologia hasta su muerte en 1.968.

Varias Cátedras de Gerontologia y Geriatria existen en Italia: Flo - rencia, Pavia, Nápoles y Turín. La enseñanza de esta disciplina está en los programas de cuarto o quinto curso, según las distintas Facul - tades de Medicina ; incluye clases teóricas y prácticas con temas sobre Medicina Geriatrica Preventiva, clínica, rehabilitadora y social. En - otras Facultades de Medicina ofrecen cursos de Geriatria opcionales a sus alumnos como los de Bolonia, Catania, Ferrara, Génova, Mesina, Módena, Milán y Parma. La formación de médicos postgraduados en Ge - riatria, o sea, la formación de especialistas está muy bien establecida, al menos teóricamente, en este país. Después de terminar el período -

de internado y residencia es imprescindible permanecer un periodo no inferior a dos años en un Servicio de Medicina Interna y prestar especial atención a las parcelas de Psiquiatría, Neurología, Ap. Cardiovascular y respiratorio, Reumatología y Medicina Física. Posteriormente deben trabajar durante un periodo de 3 años en un Hospital o Unidad Geriátrica autorizado; allí hacen los estudios teórico-prácticos y adquieren el debido entrenamiento para obtener el título de especialistas. Las Escuelas Médicas donde pueden hacer la especialidad de Geriátria, son principalmente cuatro: Florencia, Modena, Parma y Cagliari. En cada uno de estas durante 3 cursos de especialidad se dan enseñanzas teóricas y prácticas y se efectúan exámenes anuales; antes de recibir el título de especialista es necesario presentar una tesis sobre un tema geriátrico.

El Prof. Antonini sucesor de Greppi en la Escuela de Geriátria de Florencia, propuso en el V Congreso Europeo de Gerontología clínica, en el año 1.968, la realización de programas comunes para hacer especialistas de geriatría en todos los países europeos o, por lo menos, los pertenecientes a la Comunidad Europea.

El programa de estas Escuelas de Medicina italianas es el siguiente:

Primer curso: -Biología del envejecimiento. Fisiopatología del envejecimiento (primer año). Semiología del envejecimiento (primer año). Anatomía Patológica (primer año). - Farmacología y farmacoterapia.

En la biología de la senectud se estudian leyes biológicas, las alteraciones bioquímicas y estructurales de órganos y sistemas en animales y en el hombre, valiéndose de los últimos avances de la investigación por histoquímica, microscopía electrónica y moderna técnica para la investigación funcional.

En la fisiopatología se estudian la anatomía y fisiología de los distintos órganos y aparatos, para conseguir una idea dinámica-funcional del organismo senescente, normal y patológico. Esta idea es la base de

los conceptos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos que deben ser expuestos en años sucesivos. En la explicación de estas materias intervienen fisiólogos, patólogos y farmacólogos.

Segundo Curso: Fisiopatología de la senescencia (segundo año).

Semiología de la senescencia (segundo año). Anatomía Patológica (segundo año). Medicina geriá--trica (primer año). Cirugía geriátrica. Radiolo--gía y radioterapia. Neurología.

Tercer Curso: Medicina Geriátrica (segundo año). Técnicas de -rehabilitación. Psiquiatría. Medicina Social.

Creo necesario también la organización de cursos de actualiza--ción para los médicos que tengan ya el título de especialista en geron--tología y geriatría; hasta este momento se han dado ya dos cursos de este tipo, uno en Montecatini y otro en Udine, con la participación de profesores italianos y extranjeros.

No existe un plan geriátrico completo aunque sí numerosas leyes que se ocupan de la asistencia geriátrica. En el aspecto social la la--bor más importante la lleva a cabo la Obra Nacional de Pensionistas de Italia que cuentan con más de 40 Residencias de Ancianos, la ayu--da social y médica a domicilio está iniciada en algunas regiones pero precisa de difusión y desarrollo.

La investigación clínica es abundante y de un elevado nivel cien--tífico; no ocurre así con la investigación biológica que no cuenta con -centros específicos de investigación geriátrica. El C.N.R. (Centro Na--cional de Investigación) y el C.I.P.E. están financiando actualmente - (1.975-76) un trabajo de investigación sobre "La Patología de la Vejez".

BELGICA

Son muchas las medidas tomadas en Bélgica en favor de los ancia--nos, consecuencia de las leyes dictadas en este campo. De tal forma que

aunque no existe un plan gerontológico publicado con este nombre, es tán estudiadas y reguladas la mayor parte de los aspectos de la tercera edad según vamos a ver a continuación:

En cuanto a las pensiones de retiro las personas acogidas a la Seguridad Social (obreros, empleados, mineros, etc.) perciben el 75% del salario en caso de matrimonio y el 60% para una persona sola, con salario tanto alzado como real, acumulado durante un periodo de 45 años para el hombre y 40 para la mujer. Si se trata de trabajadores independientes, como han empezado tarde a efectuar pagos para sus pensiones estas son actualmente más reducidas. El personal dependiente del Estado goza de un estatuto particular en el que se hacen los cálculos sobre promedio de los sueldos percibidos en los últimos 5 años. Las pensiones tienen un máximo del 75% y los pensionistas tienen la posibilidad de seguir trabajando el sector privado.

Toda persona que ha llegado a la edad de jubilación tiene una renta mínima garantizada según Ley del año 1.969 y que se aplica a las personas que no tienen derecho a pensión o tienen una pensión muy reducida. Este mínimo garantizado se eleva en la actualidad a los 45.000 francos al año en los matrimonios y 30.000 para una persona sola.

Los ancianos con pensión bajas o que no tengan derecho a pensión están también protegidos por una comisiones existentes en todos los municipios, llamadas Comisiones de Asistencia Pública (C.A.P.) y que no tienen como finalidad ayudar a los indigentes económicamente o mediante el pago de cotizaciones a seguros sociales, prestarles asistencia médica y farmacéutica.

Existen también mutualidades que son privadas aunque están subvencionadas por el estado. A las personas de edad avanzada, protegidas por la Seguridad Social, que tienen una renta inferior a 102.000 francos al año, se le reembolsa el 100% de los gastos por enfermedad o invalidez. Si los jubilados son del sector independiente se les reembolsa el 100% solamente en los casos de enfermedad o invalidez de gran importancia, para los casos de menor importancia pueden protegerse con un seguro libre.

En cuanto a la vivienda el 95% de las personas de edad avanzada residen en viviendas individuales. La mitad de estas personas aproximadamente son propietarios de su vivienda, el 30% habitan en casas de alquiler y el 20% restante viven con sus hijos o con otros parientes o amigos. Las viviendas de renta baja y muchas de las vivendas sociales deben ser mejoradas y adaptadas para que puedan vivir cómodamente las personas de edad avanzada. Muchos municipios dan facilidades para realizar estas obras de adaptación.

En Residencias de Ancianos viven aproximadamente el 5% de las personas de edad avanzada. Hay en Bélgica unas 1.400. Una -- Ley del año 1.967 somete estas residencias a una aceptación inicial y a una inspección tanto desde el punto de vista de su seguridad contra incendios, como de conservación de la residencia en todos los -- aspectos. Actualmente más de la mitad han sido aceptadas y el resto están en vías de reforma. Una ley del mes de marzo de 1.971 preveé un subsidio para la construcción y reforma de la residencia de ancianos privadas (hasta un 50% del coste). Las residencias oficiales (las del C.A.P. por ejemplo) pueden obtener un 60% de subsidio del estado.

La ayuda social y médica a domicilio está muy avanzada entre la que se distingue la labor realizada por la "Cruz Amarilla y Blanca", -- las C.A.P. y las mutualidades.

Las sociedades de amigos de los ancianos y los clubs de ancianos son muy numerosos, muchos están promovidos o dependen de los municipios, otros de asociaciones políticas o religiosas (socialista, liberales, católicos, protestantes, etc.) y otro gran grupo son de carácter privado (hay más de 400 clubs de este tipo). En los clubs existen monitores y añimadores que organizan y facilitan numerosas actividades: actividad física (gimnasia, etc); cultural (teatro, visitas de museos, conferencias, etc.) terapia ocupacional (excursiones, vacaciones, etc).

Los medios de comunicación social se ocupan con frecuencia y de forma sistemática de los ancianos y sus problemas. La radio y televi-

sión organiza emisiones especiales para los ancianos. Una revista - de 32 páginas "3 Magazine" informan a las personas mayores que son miembros de la asociación. La Asociación "L'Troisième Age" organiza a partir del año 1.950, todos los años, la Semaine du Troisième Age, con participación de muchas instituciones públicas y privadas. - Cada año escoge un tema diferente y se celebran un congreso nacional, antes de la semana, en el que se fijan propuestas y realizaciones concretas. Esta semana de homenaje a nuestros mayores se celebra - ya en muchos países europeos imitando a la "Semaine du Troisième - Age" belga.

Es importante resaltar la labor de coordinación que se realiza - en Bélgica entre todas las instituciones públicas y privadas en favor de los ancianos. Existe un "Conseil Supérieur de Troisième Age", que agrupa a representantes de diversos ministerios y organismos privados que se ocupan de las personas mayores. Son de destacar otros organismos y comisiones como "La Fondation National pour la Vieillesse", L' Action National pour la Sécurité Vitale, etc. En cuanto a la organización de la asistencia Médica o geriátrica es de destacar la labor realizada por el Colegio Consultivo de Medicina Social del ministerio de Salud Pública. Este elaboró hace años un informe en el que se inspira la administración para llevar a cabo las reformas o las nuevas construcciones en el campo geriátrico.

En estos últimos años se han establecido o reformado varios centros hospitalarios para ancianos. Así en Lieja el Hospital Geriátrico de Val d'Or ha sido modernizado y ampliado. Bruselas dispone de la casa de jubilación para rehabilitación y readaptación de ancianos y, en el ámbito del Hospital Universitario de Brugmaon, existe una sección o servicio de geriatría para 100 camas. Sin duda el centro geriátrico más importante de Bélgica y uno de los más importante de Europa, como Hospital General dedicado únicamente a Geriatría, es el construido por la Intercomunal de Obras Sociales de la Región de Charlerôl. Se trata de "Le Rayon du Soleil", de Montigny-le-Tielloul, cosnta de 500

camas y de todos los servicios y secciones existentes en un Hospital General, así como policlínica, todas las especialidades, incluso Unidad de vigilancia intensiva y Cirugía de todo tipo, Servicios centrales (laboratorios, numerosos servicios de radio-diagnóstico, servicio de radio-isótopos, importantes servicios de rehabilitación y terapia ocupacional, etc.); en el último piso existe una Escuela de Enfermeras donde pueden también realizar la especialidad de Geriátría; en un edificio ajeno se levanta un Hospital Psicogeriátrico. Desde el principio de la construcción de este Hospital General Geriátrico, está programado un Hospital de Día que hasta este momento no ha llegado a ser una realidad, sin duda, entre otras causas porque los hogares de los ancianos de esta zona están muy dispersos.

En las dos últimas visitas que hemos realizado a este Centro - hemos podido comprobar que los inconvenientes de los Hospitales Generales Geriátricos autónomos, dedicados solamente a Geriátría, son mayores que las ventajas (Es el sentir de varios médicos que trabajan fuera e incluso dentro del Centro). La práctica así lo ha demostrado en contra del informe dado por el Colegio Consultivo de Medicina Social. La localización de este Centro en un lugar poco poblado, solamente 50.000 habitantes, ha sido un motivo más para que este tipo de Hospital Geriátrico no proporcione los mejores resultados.

En Bélgica se edita la revista "Acta Geriátrica Belga" cuyo nivel científico no es ciertamente muy elevado, su contenido son artículos de divulgación o reproducción de artículos de otras revistas.

En este país no existen cátedras de Geriátría en sus Facultades de Medicina y la Investigación geriátrica, biológica y social no cuenta con centros especiales, ni es objeto de atención especial.

HOLANDA

No existe en este país un plan gerontológico específico, pero si numerosas leyes que regulan la asistencia a las personas de edad avan

zada, en algunos aspectos.

Prácticamente todos los ancianos tienen cubierta la asistencia médica en enfermedades agudas, ya sea por el seguro obligatorio o por seguros libres de enfermedad. El problema es mucho mayor cuando presentan enfermedades crónicas, que requieren tratamiento continuado de enfermería, o precisan ingreso en una residencia o centro hospitalario para enfermos crónicos; por lo general el anciano que ingresa en el hospital con enfermedad aguda es financiado por el Seguro de Enferme- dad; cuando ingresa en una clínica para ancianos crónicos, es financiado una pequeña parte por el seguro de enfermedad y la mayor parte es cubierta por el Servicio Social de los municipios. Estos últimos casos entran dentro del marco o ámbito de la llamada ley de asistencia social.

La regulación de los ingresos en la residencia de ancianos sanos o con enfermedades crónicas, se hace por los directores o propieta- rios de dichas residencias, por lo que con mucha frecuencia son rechazados si su enfermedad es grave o requiere para su asistencia un ma- yor esfuerzo de personal, material o enfermería. Estas residencias o casas de reposo dependen de la Sanidad municipal, de la Iglesia, de Organizaciones voluntarias o son de carácter privado. Por otra parte gran número de residencias para ancianos sanos se ven forzadas a admitir a ancianos con procesos crónicos, los que unidos a los ancianos que adquieren enfermedades crónicas una vez ingresados, hacen que las residencias para sanos se cronifiquen con frecuencia.

Unidades Geriátricas en Hospitales Generales existen cuatro, entre las que están la del Hospital General de Zonnestraal en Hilversum y la del Hospital Municipal de Arnhem. Centros de rehabilitación para ancianos cuentan con varios: el del Servicio Municipal de Sanidad de Rotterdam, el de Bolsward, y los que existen en las casas de reposo para ancianos en Doetinchem y Haarlem.

Tampoco existen en Holanda cátedras de Geriátría pero sí una re

vista de Geriatria de aparición periódica.

La ayuda social y médica a domicilio está muy extendida y bien reglamentada por las autoridades del estado, municipio y personal voluntario.

Cuentan con Centros para la investigación gerontológica, social y biológica.

PAISES ESCANDINAVOS

Estos países son sin duda los más adelantados del mundo en la planificación de la asistencia médica y social a las personas ancianas.

Todos ellos tienen unas directrices comunes que vamos a exponer como introducción, para posteriormente describir las particularidades o datos de cada uno de ellos.

Dos son las ideas básicas que se han propuesto y han conseguido ya en muy buena parte. La primera es hacer en cada comuna una asistencia geriátrica de área o sector, una asistencia geriátrica global. Esto es, un servicio de geriatría para ancianos con enfermedades agudas dentro de un Hospital General que es el responsable de la asistencia médica de todos los ancianos del área. Este servicio de geriatría hospitalario está en íntima conexión con la Residencias de ancianos sanos y sobre todo, con los Centros donde están ingresados los ancianos con enfermedades crónicas o invalidantes que no pueden permanecer en su domicilio, a pesar de una ayuda sanitaria y social en su hogar bien organizado, debido a que requieren una asistencia médica y de enfermería continuada e importante. Estos centros para ancianos, que no se valen por sí mismo, están vigilados y supervisados por los médicos del Servicio de Geriatría del Hospital General.

La otra idea que pretenden y han llevado a la práctica en buena medida es conseguir que los ancianos permanezcan en su hogar, donde han vivido su vida anterior o en otras viviendas individuales, el mayor

tiempo posible. Para ello han puesto en vigor la legislación más adelantada de Europa que proporciona a los ancianos pensiones de jubilación y otras serie de ayudas económicas, proporcionales al costo de la vida y al desembolso económico que precisen hacer para cubrir todas sus necesidades. Esta protección económica está completada por una ayuda sanitaria y social a domicilio muy amplia y bien organizada, que permite efectivamente a los ancianos estar en su propio domicilio hasta que presente una enfermedad crónica grave o una marcada invalidez. Este es uno de los principales deseos de los ancianos y por tanto el primordial objetivo de todos los geriátras.

Según vamos a ver la continuación es muchísimo lo conseguido -- por estos países, en lo anteriormente expuesto, si bien ellos piensan que se puede perfeccionar muchísimo más la ayuda sanitario-social a domicilio y la asistencia médica a ancianos con enfermedad aguda o crónica invalidante. Aseguran que es posible y necesario este perfeccionamiento asistencial porque entre otras razones los ancianos de -- las próximas generaciones estarán acostumbrados a una buena asistencia social y médica en su edad adulta y por ello al llegar a la tercera edad exigirán que esta asistencia sea igual o mejor que la que recibían en la época en que sus condiciones físicas y psíquicas estaban -- bien conservadas.

DINAMARCA

Cuenta con un Plan Geriátrico y Gerontológico que está contenido principalmente en las siguientes leyes: Ley de 1.965 sobre las pensiones de jubilación de los ancianos y las pensiones de invalidez. Ley de 1.964 sobre las pensiones de jubilación complementarias de los salarios (A.T.P). Ley de 1.967 sobre alojamientos, que prevé disposiciones especiales para las personas ancianas. Ley de 1.968 sobre las -- ayudas a los beneficiarios de la pensión de jubilación o de la pensión de invalidez. La confección de estas leyes y las diversas ayudas que --

reciben las personas de edad se basan en los estudios y encuestas realizados por el Instituto de Investigación de los Servicios Sociales; el primer resultado que obtuvieron fué que una mayoría de ancianos prefieren permanecer en el hogar. En cuanto al habitat que tiene los ancianos en Dinamarca, obtuvieron los siguientes resultados. el más frecuente es la villa, hotelito, chalet o la casa individual. Alrededor de la mitad de los ancianos viven en su casa propia, un tercio vive en apartamentos de un inmueble destinado o no a personas ancianas, del 10 al 15% viven en explotaciones agrícolas y solamente un 2% viven en habitaciones alquiladas. Desde el punto de vista de distribución de las formas de habitat no hay diferencia entre las personas ancianas y el resto de la población. La mayor parte de los jubilados conservan el mismo alojamiento que tenían antes de retirarse, ya fuera una casa o un apartamento. A veces sus hogares anteriores no reúnen buenas condiciones para ellos porque no se adaptan a sus nuevas condiciones físicas, ya porque presenten disminuciones funcionales en su aparato locomotor.

Diferentes tipos de Habitat Existentes para Ancianos en Dinamarca:

a). - Alojamiento comunal: Son alojamientos contruidos y adaptados por las comunas para uso de los jubilados y de los que tienen pensión de invalidez. Consta de 2 piezas más servicios para los matrimonios y de una sola pieza cuando se trata de una sola persona, con una superficie total que no sobrepasa los 55 metros cuadrados; sus comodidades para ser utilizados por ancianos dependen de la fecha de construcción, son mayores los más modernos. La condición principal para solicitar uno de estos alojamientos es demostrar una situación económica precaria. Su alquiler es bajo. El número de estos alojamientos totaliza 16.014 plazas y aunque es pequeño el número de ancianos que lo solicita, el número de apartamentos existentes es inferior a las necesidades.

b). - Apartamentos colectivos: Son alojamientos individuales con Servicios comunes (salones de estar, cocina, restaurante que sirven comi-

das a domicilio), mantenimiento (limpieza, etc), centralizado y en muchos casos tienen enfermeras que presta asistencia en el propio alojamiento. Su alquiler es mucho más caro que los anteriores y para sufragar sus gastos es preciso, además de la pensión de retiro, un suplemento facilitado por la comuna. Estos alojamientos están en íntima relación con el Servicio de Geriatría del Hospital General de área o de una residencia de jubilado próxima, sobre todo en lo que se refiere al personal médico y paramédico.

c). - Habitat Protegido: Estos son los que se han construido más recientemente. Su destino es para aquellos ancianos disminuidos que no precisan un Hospital para crónicos o invalidos pero que no están en condiciones de ocupar un alojamiento de los descritos anteriormente. Se trata de unos apartamentos individuales adaptados al tipo de disminución de la persona anciana, con mesas de cocina de altura graduable, cuarto de baño con ayudas, "water" el que se adapta uan silla de ruedas, etc. etc., un sistema eficaz y urgente de alarma conectado con una central con guarda permanente. Disfrutan de ayuda de todo tipo, lavado de ropa, comidas sobre ruedas, pedicuro y peluquero, etc.

Depende de asociaciones sin fines lucrativos y se adjudican teniendo en cuenta el estado de salud del paciente anciano. Si estos no tienen ingresos suficientes reciben una tasa suplementaria de alojamiento así como ayuda individual para cubrir gastos de habitat. Estos apartamentos están en constante conexión con el Servicio de Geriatría del Hospital General del área, del que dependen desde el punto de vista asistencial y en el que ingresan en caso de que su enfermedad lo requiera.

d). - Casas de Retiro: (Residencias de Ancianos) y Hospitales para Ancianos con enfermedades que requieren asistencia de enfermería continuada, esto es, crónicas e invalidantes:

Las Comunas están obligadas a la Ley de Ayuda a los Pensionistas a tener en un área o sector el número de camas en residencias, - para ancianos sanos o en hospitales para ancianos con enfermedades

crónicas, que sea suficiente para ingresar a las personas de edad - avanzada que lo precisen.

Algunos de estos centros asistenciales dependen de institucio-- nes privadas. El número de casas de retiro o residencias y de hos-- pitales para crónicos es de unas 1.300 que suponen unas 41.000 ca-- mas, comprendidas las de servicios psiquiátricos.

En estos últimos años se está dando un hecho muy significativo y halagüeño en este país: están disminuyendo los requerimientos de pla-- zas en casas de retiro o residencias, debido a que cada vez es ma-- yor el número de ancianos que continúan viviendo en su domicilio, de-- bido a las grandes ayudas sociales y médico-sanitarias que allí reci-- ben. Se estima que los alojamientos protegidos sustituirán totalmente a las residencias para ancianos sanos. Por el contrario cada vez es mayor el número de camas necesarias en hospitales para crónicos e -- invalidos. Este último hecho están supervisándolo en la actualidad y -- han llegado a la conclusión que el 25% de estos ancianos, ingresados en Hospitales de Crónicos, pueden estar en habitat protegidos durante mayor tiempo retrasando ingreso en el Hospital de Crónicos.

La selección de los ancianos, que deben ingresar, la hacen últi-- mamente los médicos encargados de los hospitales de crónicos o larga estancia, con lo que ha disminuido el número de ingresos, ya que ha-- cen permanecer un tiempo más prolongado a los ancianos en los aloja-- mientos protegidos.

. = . = . = . = . = . = . = . =

Ya hemos dicho que la mayor parte de las Comunas tienen un Ser-- vicio de Geriatría en un Hospital General, con estrecha dependencia -- con él . De esta Unidad Geriátrica, para ancianos con enfermedades -- agudas, parte la vigilancia del resto de los ancianos que viven en el área o zona que ocupa la Comuna; sobre todo están íntimamente relacio-- nados con los apartamentos protegidos y colectivos para ancianos y -- con los Hospitales para ancianos crónicos e invalidos. Esta conexión,

con los diferentes Centros Geriátricos de la Comuna, se hace a través; del personal médico, personal auxiliar y personal social.

Uno de los Centros Geriátricos más antiguos y conocidos de -- Copenhague y con características sobresalientes es el de "Gamless By" que fué establecido en el año 1.919. Comenzó como una clínica combinada para enfermos crónicos y ancianos. Después de gran número de ampliaciones y edificaciones se ha transformado hoy en un Centro Geriátrico de aproximadamente 1.700 camas, ocupado en su gran mayoría por ancianos enfermos.

Necesidades de Plazas de Ancianos en Instituciones: Según los -- resultados obtenidos por el Centro de Investigaciones Sociales, el 8 % de las personas de más de 65 años, necesitan ingreso en alguna institución para ancianos. Muchos de estos ancianos están actualmente en su domicilio o ingresados en un hospital no geriátrico; las plazas más solicitadas y necesarias son las de alojamientos protegidos.

Las ayudas sociales y sanitarias, que junto a la protección económica ya descrita, consiguen en muchos casos que el anciano permanezca en su domicilio el mayor tiempo posible; es aleccionador subrayar, que según las autoridades e instituciones encargadas de efectuar la asistencia social y médica a las personas de edad avanzada, todas estas ayudas y por tanto el plan asistencial no está todavía muy desarrollado. La verdad es que mucho el camino recorrido por estos países escandinavos en la asistencia a los ancianos, sobre todo si se -- tiene en cuenta, que los Centros de Investigación Social estudian -- constantemente cuál debe ser el papel y la situación del anciano en la Sociedad y ponen los medios para conseguirlo. Podemos decir que poco a poco están haciendo la filosofía de esta última etapa de la vida, por qué y cómo desean y deben vivir los ancianos su existencia; en este -- sentido es mucho lo que están haciendo para desarrollar los medios de animación y de contacto. Pretenden con ello conseguir que vivan -- con la máxima intensidad posible su vida cotidiana, animar su vida -- diaria, llenarla de sentido,, hacer que su tiempo esté bien empleado --

con lo que evitarán en muy buena parte muchas de las enfermedades psíquicas y físicas que con frecuencia aparecen en este periodo de la vida.

Al principio esta animación se fundaba en crear motivaciones emocionales y humanitarias, después en buscar los medios para evitar algunas enfermedades y en la actualidad, dejando una plena libertad al anciano, persiguen y ponen al alcance de éste numerosas posibilidades de elección de actividades y multiplican las ofertas. Así la animación les estimulará el afán de vivir.

Servicio de Información: la Ley de Ayuda a los Jubilados obliga a las Comunas a informar a los retirados de sus derechos, para que conozcan las ayudas ofrecidas y las que podrán necesitar en este periodo de la vida. Tanto las Comunas como otras instituciones de ancianos editan folletos informativos, con toda la legislación que puede interesar a los ancianos.

Protección Económica: Existen diferentes tipos de pensiones la principal es el retiro nacional de vejez, que la recibe toda persona que hay cumplido los 67 años, sin tener en cuenta los ingresos o la fortuna personal. La pensión nacional de retiro depende de los ingresos del retirado (rentas, etc) y tienen derecho a ella a los 65 años o a partir de los 60 en caso de enfermedad.

-Suplemento de pensión: pueden solicitar en caso de percibir solamente el retiro nacional de vejez. Si tiene otros ingresos este suplemento decrece proporcionalmente.

-Suplemento de Espera: Pueden solicitarlo los ancianos que lo necesiten cuando vayan a cumplir 70 años y otro cuando vayan a cumplir 72 años.

-Tasas Familiares: Si el jubilado tiene hijos menores de 18 años, recibe por ley una ayuda especial.

-Suplementos Personales: Pueden solicitarlo los jubilados en casos especiales como enfermedad, gastos extraordinarios, etc.

-Retiro Complementario de los Asalariados: Lo perciben los asalariados que han cotizado durante su vida activa.

-Subvención de Alojamiento: Todos los jubilados, que ocupan apartamentos especiales, tienen la posibilidad de recibir una subvención si el alquiler es superior a una cantidad fijada por la ley.

Según los datos obtenidos por el Instituto de Investigaciones de Ciencias Sociales los ingresos de las personas jubiladas en Dinamarca, suponen la pensión nacional de retiro más otro 50%, por lo menos, por otras fuentes de ingreso (estatales o personales).

Según los propios ancianos estos ingresos son suficientes en general para cubrir sus necesidades, si bien hay que considerar que esta generación de ancianos está acostumbrada a una vida austera por la época que le ha tocado vivir en la pre y post-guerra.

Con el fin de que el anciano permanezca en su domicilio el mayor tiempo posible, en Dinamarca tienen establecidos otros tipos de ayuda como los siguientes:

-Ayuda al Habitat: Cuando el domicilio en que vive el anciano no reúne las condiciones para realizar todas las necesidades de la vida diaria e el anciano tiene alguna disminución física; la ley obliga a las Comunas a que hagan las necesarias obras de adaptación en el habitat (en cocina y baño, rampas, barandillas, igualar pisos entre habitaciones, etc.) sin tener en cuenta los ingresos del jubilado.

-Ayuda a domicilio: Cuando el anciano tiene mala salud o enfermedad prolongada, la ley obliga a las Comunas a proporcionarles la ayuda de una persona para realizar los trabajos de casa, compras, cuidados personales, durante varias horas, uno o más días por semana. El coste para el anciano de esta ayuda depende de sus ingresos, pudiendo ser gratuita en algunos casos. Si el anciano tiene una enfermedad aguda se le presta una ayuda de este tipo durante dos semanas. Reciben también gratuitamente la asistencia de una enfermera todo el tiempo necesario que indique su médico de cabecera.

-Ayuda Familiar a Domicilio: En casos necesarios al anciano recibe una ayuda, por parte de algún familiar (parientes e incluso hijos), de 16 a 40 horas a la semana a cargo casi totalmente de la Comuna.

-Servicio de Comidas a Domicilio: Numerosas residencias y otros centros de ancianos proporcionan una comida caliente en el domicilio de los ancianos que lo precisen.

-Lavandería: Varias Comunas tiene organizado un servicio de lavandería a domicilio.

-Medicamentos: Son pagados, total o parcialmente, por la Comuna.

-Optica: La compañía de seguros paga los cristales y una montura corriente.

-Dentista: Todos los jubilados sin fortuna personal pueden recibir de la Comuna una carta que les atienda gratuitamente un odontólogo.

-Prótesis para sordos: En caso de sordera reciben una ayuda para el aparato y para renovar las pilas.

-Pedicuro: Muchas Comunas tienen establecida una clínica de podología en una institución para ancianos donde se les atiende por precios muy reducidos.

-Transportes públicos: La Comuna de Copenhague, a los jubilados y mayores de 67 años de edad, les proporciona una carta de transporte para los autobuses urbanos, ferrocarril y líneas de navegación interior de la compañía D.F.D.S.

-Biblioteca: Las bibliotecas de las Comunas de Copenhague tienen un servicio que lleva los libros, al domicilio de los ancianos, gratuitamente.

-Radio y Televisión: Los ancianos están exentos de pagar el impuesto de radio y televisión, según sus ingresos. Si no tienen más recursos que la jubilación, la Comuna les proporciona gratuitamente o a muy bajo precio un aparato receptor de radio o televisión.

Tipos de actividades que se les brindan a los ancianos.¿Dónde las pueden realizar? .

Centro de Día:

Esta es la forma de animación más cualificada. Se trata de un Centro que recibe personas de edad y tiene bajo un mismo techo el mayor número posible de actividades. A este Centro pueden acudir -- también y utilizar todas su posibilidades los ancianos en silla de ruedas, pues estas personas menos válidas son las más necesitadas.

Las actividades que pueden realizar en este Centro son de 4 tipos:

-Actividades manuales. -Actividades intelectuales. -Club. -Servicios.

Las actividades manuales son de todos los tipos imaginables, talleres múltiples, de madera, cerámica, rafia, pintura, etc, etc.

Entre las actividades intelectuales se les da una amplia información sobre dietética, higiene personal, legislación social, útil para -- los ancianos, música, arte, política, "arte de vivir", etc. etc.

El Club tiene por fin reunir a los ancianos para que juntos hablen, jueguen y eviten así el aislamiento y la soledad.

Los servicios son muy variados: baños especiales para minusválidos, pedicuro, peluquería, cafetería, organizaciones de todo tipo, etc.

Hospital de Día :

Cuyo contenido y función están ampliamente descritos en otros capítulos de esta tesis.

Clubs de ancianos:

Existen numerosos en el país y casi todos son de carácter privado. Su principal fin es el encuentro y relación de jubilados donde planifican actividades diversas: proyecciones de cine, excursiones, bailes de su época, etc.

Alta Escuela Popular :

Al principio no se dedicaba a los ancianos, posteriormente sí. A ella acuden durante dos semanas, los ancianos más desocupados, me--

nos adaptados a la vejez, los más frágiles y pesimistas. Durante es tas dos semanas se comentan temas de "arte de vivir", dietética, le gislación social, higiene, etc.etc.

Vacaciones: Muchas instituciones proporcionan vacaciones a los ancianos en buenas condiciones y a precios muy ventajosos. Lo más - digno de destacar es que estos turnos de vacaciones se organiza n tam bién para ancianos frágiles y disminuido físicamente.

Gimnasia:

El paso de la vida activa a la inactiva del jubilado produce tras tornos en la esfera física y psíquica que son aminorados con la gimna sia. Organizan diversos cursos, bien planificados y adaptados de gimnasia para la tercera edad.

Cadenas telefónicas:

Están formadas por 8 ó 10 jubilados, uno de ellos es el cabeza de serie que llama por teléfono al siguiente y éste a otro hasta ce rrar el círculo en el cabeza de grupo. Si alguno no contesta el cabe za de grupo lo pone en conocimiento de algún familiar y si no tuviera familiar avisa a la policía. Estos les produce una gran sensación de seguridad y si alguno cae enfermo se tiene la certeza de que no pasa rá mucho tiempo sin estar asistido. Algunas veces el cabeza de grupo es un Hospital de Ancianos.

Visitas domiciliarias:

Hay Instituciones como la Cruz Roja, que a través de sus miem bros hace visitas a las personas de edad, con el fin de localizar a - los aislados, los mal asistidos social o médicamente, para orientarles los trámites y que así reciban la debida ayuda.

SUECIA

El Plan Gerontológico y Geriátrico es semejante al del país ante rior.

Los principios para el cuidado y la asistencia social a los ancia

nos fueron establecidos en una serie de leyes que se dictaron el año 1.957 y la asistencia médica y los servicios geriátricos hospitalarios en leyes que vieron la luz el año 1.959 y siguientes.

Las directrices o principios son: hacer todos los esfuerzos posibles para lograr que las personas ancianas puedan tener una vida independiente y permanezcan en sus propias casas el mayor tiempo posible. Para conseguir este objetivo la protección económica a los jubilados se ha mejorado progresivamente hasta tener en la actualidad todos los gastos habituales y posibles contingentes, perfectamente cubiertos. Se han hecho también grandes esfuerzos para proporcionar a las personas ancianas mejores y más adecuadas viviendas. Los servicios de ayuda a domicilio, social y sanitaria, abarcan todo el abanico de las que se conocen en la actualidad.

Las casas de reposo o residencias de ancianos sanos, dependen de las autoridades sociales; son numéricamente proporcionales a las necesidades y se tiende a evitar que ingresen en ellas ancianos con enfermedades de larga duración, crónicos o invalidos.

Conforme la Ley de Hospitales de 1.971 el cuidado y asistencia médica a los ancianos, depende de las autoridades médicas.

Está en pleno vigor la idea de Asistencia Geriátrica de área o sector que parte del Servicio de Geriatria del Hospital General de la zona. Estos Servicios o Departamentos de Geriatria son el centro que organiza y coordina la asistencia médica a todos los ancianos de la zona, ya vivan en su domicilio, en Hospitales de crónicos o larga estancia e incluso en Hospitales no geriátricos.

Los principales Hospitales Geriátricos de Estocolmo son: Gothernburg, Malmö y Norrköpnig, en el resto del país hay más de 10 departamentos o servicios de Geriatria en Hospitales Generales.

Son muy numerosos los hospitales para enfermedades de larga duración y para enfermedades mentales, que están ligado íntimamente a los servicios de Geriatria del Hospital General del Area o distrito.

Las necesidades de camas hospitalarias para ancianos, con enfermedades agudas y de larga duración, están aumentando a un ritmo extraordinario; las investigaciones hechas por las autoridades sanitarias en Suecia, han demostrado que más de la mitad de los pacientes de sus hospitales tienen más de 60 años y una proporción muy elevada más de 65. Con el fin de reducir la demanda de camas hospitalarias, por parte de los ancianos, se han establecido numerosos servicios de consultores o asesores de Geriatria, en Hospitales o Unidades Geriátricas, que visitan previamente al anciano antes de su ingreso.

Para disminuir las necesidades del número de camas en las unidades geriátricas y en los hospitales para ancianos, con enfermedades de larga duración y que su ingreso sea sólo en los casos imprescindibles y en el momento más retardado posible, cada día es mejor y más amplia la asistencia y ayuda a domicilio. Su experiencia resulta francamente favorable con este tipo de asistencia, especialmente cuando la misma es sufragada con dinero de los fondos públicos.

Todas las medidas para desarrollar las diferentes formas de animación y de contacto entre los ancianos, tienen un carácter preferente y están reguladas por diferentes leyes que obligan a todos los Distritos de Consejo del País.

La enseñanza de la Geriatria a los médicos y al personal auxiliar está perfeccionándose día a día, en las Unidades geriátricas y en la cátedra de Geriatria de algunas Facultades de Medicina, como al de Upsala.

En la actualidad tienen en estudio la publicación de una revista de Geriatria.

La investigación Gerontológica, tanto en el campo social como en el biológico, ha alcanzado un alto nivel y existen Centros de Investigación especiales con este fin.

NORUEGA

El Plan Gerontológico de este país está contenido en unas leyes

semejantes a las que hemos comentado en Dinamarca y Suecia.

La asistencia social gira alrededor de la idea de facilitar la permanencia de los jubilados en sus propios domicilios, el mayor tiempo posible, para lo cual la protección económica es muy amplia; hay numerosos tipos de alojamiento individual para ancianos; facilitan la adaptación y mejoras de sus casas y las ayudas a domicilio son de todos - los tipos conocidos.

En el año 1.974, Noruega disponía de 25.000 camas para ancianos enfermos crónicos y está previsto para 1.980 aumentar 12.000 - camas, para llegar a las 37.000.

La organización de la asistencia médica-geriátrica esta programada por comunas, perteneciendo cada una de ellas a un Hospital General que es el encargado de la asistencia de toda la población; dentro del campo que nos ocupa y particularizando la visita realizada a través del departamento social de la OSLO KOMMUNE de AKER SYKEHUS nos encontramos que se trata de una residencia para ancianos - semiválidos y crónicos de pendiente de un Hospital General aunque - con autonomía propia.

Cada una tiene aproximadamente unos 200.000 a 250.000 habitan-tes disponiendo de una Unidad Geriátrica dentro de un Hospital General como ya hemos dicho y de varias residencias de crónicos.

La Residencia AKER SYKEHUS depende del ULLEVAL HOSPITAL que se trata de un Hospital General con 2.000 camas de las cuales 300 están dedicadas a Unidad Geriátrica más 500 camas de crónicos repartidas en dos residencias que dependen directamente de esta Unidad.

En el caso de AKER SYKEHUS la Unidad Geriátrica se trata - de una Nursing Home con un total de 230 camas. Está compuesta de las siguientes salas:

- Ergoterapia.
- Oficina para sacerdote y Asistente Social.
- Habitación para los niños del personal que trabaja.
- Terapia recreativa y de grupo en la que participan el 70% de los pacientes.

- Sala de Fisioterapia.
- Pequeño laboratorio de urgencia donde se pueden hacer todos los análisis habituales, aunque hay que hacer constar que cuando se requieren análisis especiales pueden disponer del laboratorio central del Hospital General obteniendo los resultados en 1/2 hora.
- Sala de Rayos X.
- Peluqueria.
- Distintos cuartos de estar, todos ellos muy amplios.
- Cocina.
- Comedor.
- Terapia ocupacional, haciendo resaltar la gran abundancia de telares de todos los tamaños.
- Cafeteria para el personal.
- Las Habitaciones de 1, 2 y 4 camas sin poder especificar en este momento cual es la proporción.
- Oficina de administración.
- Despacho del médico, haciendo resaltar en este, la disponibilidad de doble puerta para evitar que en las consultas con los ancianos donde es tan frecuente la sordera les oiga el resto del personal.

Disponen en la Unidad Geriátrica de un total de 60 camas para - psicogeriatría repartidas en 30 para hombre y 30 para mujeres.

El Hospital de día de cada una de las Nursing Homes es utilizado diariamente por unos 20 ó 30 pacientes; durante 3 días a la semana - por cada grupo. Es importante hacer destacar que hay aproximadamente en el momento actual unos 400 pacientes esperando para ingresar en AKER SYKEHUS y que tardarán de 2 a 3 meses en hacerlo. En total en el Municipio de Oslo hay alrededor de 21.000 pacientes esperando para su ingreso en los Nursing Homes.

Todas las dependencias del AKER SYKEHUS destacan por su -- gran funcionabilidad, instalación sin lujos pero muy bien estudiada

para que se utilicen con la mayor facilidad por personas ancianas con minusvalia de sus condiciones físicas.

Las puertas de entrada, amplias y automáticas, todos los pasillos con suelos insonoros, lo suficientemente anchos para circular dos sillas de ruedas en dirección contraria e incluso camas. Las puertas de todas las dependencias al igual que las de las habitaciones tienen 1'20 de anchura como las de los aseos, con la particularidad de que son de corredera y el lavabo se encuentra fuera, estando solo la ducha y el inodoro. El suelo del baño es antideslizante, con un ligero desnivel, disponiendo de diferentes ayudas para uso del anciano, un banco de madera robusto para facilitar el uso de la ducha, diferentes timbres de alarma, etc. Todas las habitaciones disponen de megafonía y de tantos sillones geriátricos como camas, levantando al enfermo diariamente. Todos los días se les hace un programa para mantener el máximo de actividad.

El personal que trabaja en el AKER SYKEHUS con 230 camas es un total de 250 personas. A cargo de las 230 camas está sob un médico del cual trabaja desde las 8 de la mañana hasta las 3 de la tarde; cuando es requerido un médico de urgencia disponen del que está de -- guardia en la Unidad del Hospital que se presenta allí en menos de 15 minutos.

Esta todo dividido por unidades de 30 camas disponiendo cada una de ellas de 10 enfermeras y 17 auxiliares. Estaban programadas 6 asis-- tentes sociales.

ESTADOS UNIDOS

Los Estados Unidos no tienen un Plan Gerontológico específico y unitario, pero existen en este país una serie de leyes que tienen por objeto mejorar los ingresos económicos de los jubilados y la asistencia social y médico-sanitaria.

A parte de las pensiones de jubilación, los jubilados y los ancianos en general, tienen cubiertas muchas de sus necesidades, económicas, médicas y hospitalarias por seguros privados y libres, entre los que destacan el MEDICARE y el MEDICAID.

Los centros e instituciones para el ingreso de ancianos han variado mucho, desde los lazaretos y asilos sin recursos, hasta los hospitales modernos con una estructura y sobre todo una concepción asistencial nueva, que en buena parte han copiado otros países.

Uno de los primeros hechos que llamó la atención a las autoridades político-sanitarias y a las personas encargadas de la Dirección de los Grandes Seguros de Enfermedad, fué el aumento progresivo de los requerimientos o necesidades hospitalarias de las personas ancianas. En los Hospitales norteamericanos las altas de personas mayores de 65 hasta 74 años, es de 141,4‰, las de más de 75 años es el 153 por mil y las personas menores de 65 años es el 112 por mil. La estancia media de personas de 65 años o más, es de 1414 días las de personas de 75 años o más: 15,8 días, que contrastan con los 7,6 días de las personas menores de 65 años (excluyendo la maternidad). Los pacientes ancianos están ingresados en los hospitales el doble de días e ingresan el doble de veces por su pluripatología y sus numerosos cuadros degenerativos, metabólicos, respiratorios, cardiovasculares, tumorales, traumatismos, etc. Las necesidades hospitalarias de los ancianos están también aumentadas debido a la frecuente falta de protección familiar y al tener disminuidas sus posibilidades económicas. El coste hospitalario y gastos adyacentes sube todos los años alrededor de un 513‰ durante la última década.

Este precio tan elevado de la hospitalización y su continuo aumento es un hecho grave para los ancianos, en los que sus ingresos y sus seguros personales no son con frecuencia suficientes. Por todos estos motivos, el gran requerimiento de hospitalización en ancianos con enfermedades agudas o crónicas y su elevado coste, se están tomando medidas para ofrecer en buenas condiciones diferentes tipos de hospitaliza-

ción para los ancianos y sobre todo para cubrir sus necesidades económicas y médicas.

Sin duda por el desarrollo de la institución familiar y hacerse difícil la ayuda médico-social a domicilio, ha proliferado mucho la idea de crear instituciones de todo tipo, para el ingreso de las personas de edad en distintas condiciones: casas de salud, casas de reposo para ancianos sanos, hospitalización para ancianos con enfermedades agudas, con enfermedades crónicas, con enfermedades invalidantes, con trastornos mentales, etc. Todas estas instituciones están estrechamente relacionadas, apoyándose mutuamente.

Conviene recordar una serie de hechos por su influencia en la posterior asistencia a los ancianos, así como la promulgación de algunas leyes de capital importancia en este sentido.

Así tenemos el informe de la Comisión de Enfermedades Crónicas del año 1.956, la Primera conferencia de la Casa Blanca sobre el envejecimiento en el año 1.961, y el Informe de la Comisión Nacional de los Servicios de la Salud de la Comunidad en el año 1.966. En todos estos informes se urge la necesidad de planificar programas sobre enfermedades crónicas e invalidantes en los ancianos, rehabilitación en el más amplio sentido, salud mental y necesidad de hacer programas integrales de salud en la comunidad. Se insiste también en dar neta -- prioridad al cuidado continuado de los ancianos, con procesos crónicos, a los ciudadanos en el domicilio, a los centros geriátricos de día, a los servicios ambulatorios y a las familias adoptivas para ancianos.

Entre las leyes más importantes en este terreno destacan la Legislación de 1.965 pasada por el Congreso, títulos XVIII y XIX del Acta de la Seguridad Social, enmendada por la Ley Pública 89-97 de 1.965, que trata del Medicare y bases para el programa de asistencia médica. La Ley pública 89-239 del Acta de Programas Médicos Regionales que trata de enfermedades del corazón, cáncer e ictus. La Ley Pública 89-749 del Acta de Planificación de Salud, que facilita becas para planificaciones sanitarias de áreas y servicios. Y la Ley 89-73 del Acta de Americanos Ancianos que hizo posible la donación de be-

cas para planificar servicios, entrenamiento de personal, investigación y proyectos de desarrollo.

De gran trascendencia fué la decisión de la Comisión Conjunta - de Acreditación de Hospitales en 1.966 para incluir las casas de cuidados para ancianos en su programa de acreditación. Esta decisión me jo ro ó considerablemente la calidad de la asistencia a los ancianos, del mismo modo que ocurrió con los pacientes de todas las edades en los hospitales en los que se implantó esta acreditación hospitalaria.

Este capítulo anterior de acreditación se refiere al tratamiento de ancianos con enfermedades agudas o subagudas, en régimen ambulatorio o internados, y probó la eficacia de los programas futuros, entonces, del Medicare y de otras legislaciones sociales que afectan al cuidado de los pacientes ancianos.

Como apuntábamos anteriormente los Hospitales Generales de Norteamérica desde hace muchos años, tienen una concepción muy amplia - de su cometido y así en ellos se trata a personas de todas las edades, sin tener en cuenta su condición social, médica o económica. Su misión es siempre asistir debidamente a todos los enfermos, enseñar e investi gar; es un Centro de salud para promover ésta con servicios educacionales y preventivos para la comunidad. Hoy día en los hospitales -- norteamericanos, más importante que el tratamiento episódico de las - enfermedades, tiene la prevención, la rehabilitación, el cuidado conti nu ado, el cuidado de los enfermos mentales, el cuidado ambulatorio, - los cuidados en casa y los cuidados de urgencia. Además dan una gran importancia a la interrelación con las otras instituciones comunitarias que conciernen a la salud.

En su forma más completa el Hospital General presenta las siguien tes secciones para el tratamiento de los ancianos:

- CUIDADOS DE CORTA ESTANCIA Y AGUDOS.
- Cuidados Intermedios para Enfermos Subagudos.
- Cuidados de Seguimiento y Larga Estancia.
- Cuidados de Rehabilitación.

- Cuidados ambulatorios y externos.
- Cuidados de Emergencia.
- Cuidados en el Domicilio del Anciano.

Todos estos servicios los ofrecen ya los grandes hospitales y los hospitales más pequeños están en vías de contar con todos ellos.

El Hospital están en relación con todos los servicios e instituciones de atención a los ancianos de tipo social, etc. etc.

-CUIDADO HOSPITALARIO DE ENFERMOS AGUDOS : Es una Unidad para el cuidado de pacientes de todas las edades con procesos agudos de corta estancia, bajo un tratamiento intensivo. Suele estar bajo la vigilancia de la Comisión Conjuntiva de Acreditación Hospitalaria. En esta Unidad no hay un estudio pre y postsalida del paciente, no hay casi trabajo de asistencia social, no suele haber estudio interdisciplinario del staff. En esta unidad el enfermo es un número y con facilidad se despersonaliza en estas cortas estancias. En el paciente anciano con pluripatología, con problemas económicos, familiares y sociales, tales servicios episódicos e impersonales crean inseguridad, atentan contra su dignidad y pueden impedir la pronta curación.

En la unidad de cuidados intensivos los pacientes ancianos han sufrido una operación importante o un proceso grave de corazón, por ejemplo, están bajo constante observación con personal y material para cualquier emergencia. Todo ello puede salvar muchas vidas. La unidad coronaria puede salvar más vidas en pacientes ancianos que en adultos, al poner un marcapasos o hacer una desfibrilación. De los ancianos que presentan una parada cardíaca hasta un 62% pueden salvarse.

-SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LARGA ESTANCIA PARA ENFERMOS CRÓNICOS: Al igual y copiando la estructura de los Servicios de Psiquiatría que aparecieron en muchos hospitales generales norteamericanos, después de la segunda guerra mundial, nacieron los servicios para enfermos crónicos y ancianos a partir del año 1.950.

En estos servicios se daba especial importancia al trabajo de asisten
cia social y al trabajo en equipo interdisciplinario: geriátra, enfermera,
psicólogo, o psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, --
asistente social, todos los cuales se reúnen para celebrar sesiones -
clínicas conjuntas.

Se trata de dar a estos enfermos crónicos y ancianos, un tra-
tamiento activo, médico y de enfermería, utilizando todos los servicios
y especialidades necesarios del hospital y la rehabilitación en sentido
amplio, físico, mental y social.

Se fueron creando así unidades pequeñas de larga estancia den--
tro de los hospitales Generales con lo cual se puede diagnosticar y -
tratar mejor las enfermedades de los ancianos. Estos servicios prefieren
encargárselos a aquellos médicos que dirigen la selección de los
pacientes para el ingreso en el Hospital, que es al mismo tiempo el -
jefe del equipo multidisciplinario, y quien preside las sesiones clínicas
conjuntas.

La meta de estas unidades o servicios de crónicos y ancianos es -
lograr su rehabilitación física, mental y social, minimizando su incapaci
dad y enseñándoles a vivir con su incapacidad residual. Estas metas
las conseguirá más fácilmente esta unidad o servicio si el Hospital --
cuenta con otros servicios especiales para enfermos crónicos, tales -
como dispensario o policlínica, servicios de rehabilitación, servicio -
social, servicio médico-social a domicilio y acuerdos con residencias
y casas de cuidados para ancianos.

Ya en el año 1.960 había varios Hospitales Generales, como el -
Montifiore Hospital en New York, el Jewish Hospital en Saint Louis, -
El Centro Médico de los Angeles, etc. tenían este tipo de servicios de
larga estancia para enfermos crónicos y ancianos. Estos servicios o -
unidades fueron después apareciendo en hospitales más pequeños y en
aquellos con los que Medicare tenía contratados sus servicios.

Según la Ley de 1.965 título XVIII del Acta de la Seguridad Soci
al a que antes nos hemos referido y que afecta al Medicare, los

ancianos tienen derecho al Hospital sin que esto suponga ningún privilegio. En resumen este título XVIII ofrece dos coberturas, la primera es el seguro hospitalario que alcanza a todos los beneficiarios de la seguridad social con más de 65 años y la segunda es el seguro médico, que es voluntario, y cuesta 5,60 dólares al mes. En los hospitales que tienen contrato con el Medicare tienen los ancianos -- garantizados el internamiento durante 90 días con un lapso de 60 días entre los distintos ingresos. Si después de la enfermedad aguda, más de 90 días, requiere cuidado continuado, puede seguir ingresado 100 días adicionales (con deducciones a partir de los 20 días) en una -- Unidad de cuidados continuados. El concepto de cuidado o tratamiento continuado es importante pues constituirá el tratamiento de un -- elevado número de ancianos; en la actualidad este concepto está en -- plena vigencia en la Geriatria de Estados Unidos, el Reino Unido y otros muchos países.

En la sección 1.861-H del Acta de 1.965 de la Seguridad Social, se definen ya los servicios de Cuidado Continuado como aquellos que incluyen el cuidado de enfermería, los servicios médico-social, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de terapia de lenguaje, drogas, -- equipos diversos, etc. etc. Estas unidades o servicios de cuidados -- continuados, suelen estar fuera del Hospital General si bien reciben de él los cuidados de enfermería especializados, los servicios de rehabilitación y todos aquellos que sean necesarios; en estas unidades cada paciente está a cargo de un médico y una enfermera con métodos para controlar la administración de los medicamentos y un plan de revisión de las terapéuticas para controlar su utilidad. Estas unidades están dotadas de un servicio de emergencia médica.

Este tratamiento continuado pueden hacerlo también los ancianos en residencias de ancianos enfermos, que presentan una labor asistencial bien organizada y tienen la aprobación de la Comisión de Acreditación Hospitalaria.

Hace ya tiempo que los propios Hospitales Generales están esta-

bleciendo en su propio recinto, unidades de Cuidados Continuados, - esto tiene la ventaja de que todos los servicios del Hospital están a disposición de la unidad de Cuidados Continuados. Ejemplo de lo dicho anteriormente es el Centro Médico de los Cedros de Sinai, Los Angeles, abierto en 1.966. La unidad de Cuidados Continuados se estableció en una planta de enfermería dentro del complejo hospitalario principal, para sustituir a una dependencia custodial de crónicos situada a 15 millas del Hospital; en esta unidad de cuidados continuados, cuyo objetivo principal como ya se ha dicho es conseguir la rehabilitación del paciente, tiene una gran importancia la planificación de las autoayudas. El personal de este servicio está constituido por un médico responsable del tratamiento médico de todos los pacientes ayudado por una enfermera coordinadora, una fisioterapeuta, una terapeuta ocupacional y una asistente social. Esta unidad se beneficia de los servicios centrales y del resto de los servicios del Hospital General, especialmente del servicio de rehabilitación, la policlínica de enfermos externos y el programa de cuidados a domicilio. Organizan sesiones clínicas interdisciplinarias todas las semanas, para ver el progreso de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados continuados. Al médico de cabecera de estos pacientes se le invita y anima para que ayude a estas sesiones clínicas de evaluación de sus pacientes.

El plan de enfermería de cada paciente está recogido en una ficha y la evolución del progreso periódico en otra. En estos servicios de cuidados continuados son muy importantes, por parte del personal, la paciencia, la afectividad y el respeto al paciente, así como la higiene de la piel, pelo, uñas, y dentadura, vigilancia del balance de líquidos y electrolitos, posición correcta en la cama para evitar contracturas y rigideces, etc. etc.

En estos servicios de cuidados intensivos son admitidos con mayor frecuencia aquellos pacientes que tengan algunos de estos procesos:

- Cardiopatía congestiva descompensada y bloqueos cardíacos en su fase de convalecencia. Pericarditis en fase de reabsorción.

- Pacientes neurológicos que han tenido algún proceso vasculocerebral y tienen como secuelas parexias residuales, afasia o neuropatías diversas.
- Pacientes con fracturas en fase post-traumática, enfermos -- amputados o que padezcan artropatías invalidante.
- Pacientes con desórdenes metabólicos que necesitan control dietético y medicación: diabetes mellitus, fallo renal, hipertiroidismo, etc.
- Pacientes convalcientes de intervenciones quirúrgicas.
- Pacientes seleccionados con tratamientos activos de neoplasias.

No son admitidos los enfermos terminales. La estancia media es de unos 40 días. Los enfermos al ser dados de alta pueden ir a su domicilio donde se hace cargo de ellos su médico de cabecera o el médico de una clínica de pacientes externos. En cualquier caso, reciben el programa de cuidados a domicilio del Hospital. En otras ocasiones el paciente, al ser dado de alta del Hospital, ingresa en una residencia para ancianos enfermos.

El servicio de diagnóstico para pacientes ancianos extrahospitalarios: Lo cubre el seguro Medicare tanto para adultos como para ancianos.

CENTRO DE DIA GERIATRICO: Las autoridades médico-sanitarias de E.E.U.U. se han dado cuenta hace tiempo que el saberse adaptar a la enfermedad crónica y la invalidez por parte de los ancianos, es tan importante como el tratamiento médico. Que el paciente anciano ingresado en un servicios de larga estancia no debe ser un objeto pasivo con solo el tratamiento médico, sino que es muy conveniente que participe activamente en su tratamiento y rehabilitación. El éxito del cuidado a domicilio ha demostrado la importancia de interesar al paciente y al ambiente socio-familiar que le rodea, en la terapéutica, obteniéndose así unos resultados que no suelen presentarse en otros pa--

cientes internos y externos de tipo hospitalario. El Centro Geriátrico de Dña está basado esta filosofía.

La selección de enfermos para este centro debe hacerse, teniendo en cuenta que tras la terapéutica que reciban en este centro puedan ser reenviados de nuevo a la Sociedad, menos dependientes como ciudadanos que puedan valerse por sí mismos, total o parcialmente.

=.=.=.=.=.=.

En el aspecto de docencia e investigación gerontológica y geriátrica, tanto social como biológica, podemos afirmar que Estados Unidos van con mucho a la cabeza del mundo, basta con señalar las numerosísimas cátedras de Geriatria y Gerontología en diversas Universidades del país y los numerosos cursos de formación de personal - médico, auxiliar y paramédico, para asistencia geriátrica, que dictan varios hospitales en gran número de Estados.

Son igualmente numerosos los Centros de Investigación social y biológica de Gerontología, que han hecho posible la publicación de los más importantes libros sobre estas materias que se han publicado en el mundo y a los que hemos hecho referencia en otro capítulo de esta tesis.

Así mismo se publican de forma regular varias revistas de geriatría clínica como el "Geriatrics" y "Journal of Gerontology" y otras - de investigación gerontológica tanto social como biológica.

SUIZA

La ayuda económica a los ancianos se hace en Suiza a través de los Seguros, la Previsión Social y otras Instituciones de Asistencia Social.

El seguro de vejez, que protege a los ancianos, es el seguro federal obligatorio que protege también a viudas, huérfanos e inválidos. La cuantía de este seguro depende del tiempo de cotización y de los ingresos anuales de cada anciano, del alquiler de su casa, de la pose-

sión de otros seguros (enfermedad, vida, etc.); los hombres lo perciben a partir de los 65 años y las mujeres a partir de los 62.

La Previsión social regulada por la Ley de 14 de octubre de -- 1.965, es una prestación complementaria al seguro de vejez y a él -- tienen derecho los ancianos con ingresos por debajo de una cantidad mínima determinada. La Ley del 25 de octubre de 1.968 garantiza a -- los ancianos aislados unos ingresos mínimos en relación con el coste de vida.

Los Servicios Sociales de Ginebra son numerosos: Ayuda social a domicilio, venta a precios reducidos de numerosos alimentos, alojamientos para vacaciones, cursos de preparación para jubilados, clubs de ancianos, proporción de trabajos ligeros remunerados a tiempo reducido, etc.

En Ginebra el 90% de los ancianos viven en apartamentos normales, el 4% en apartamentos con protección médico-social y el 6% en -- centros institucionales colectivos (residencias de ancianos, etc.).

Los apartamentos con protección médico-social: Constan de servicios colectivos, como sala de estar, restaurante, servicio de enfermería, etc., y están dirigidos por un gerente preparado para esta misión. Existen 8 de estos apartamentos que cuentan con 851 plazas y las necesidades en la actualidad ascienden a unas 1.600 plazas.

Los establecimientos para personas de edad, Según su estado de salud; se distinguen los de tipo A, en número de 16 ocupados por ancianos con una independencia casi total para las actividades de la vida diaria. Los de tipo A-1 son para ancianos que precisen periodos -- cortos de convalecencia. Los de tipo A-2 para ancianos que precisen estancias de larga duración.

Los de tipo B reservados para ancianos con invalidez de mediana intensidad, física o psíquica. Cuentan con 30 establecimientos de este tipo que totalizan 1.144 plazas.

Los de tipo C, para ancianos con grave invalidez física o psíquica

ca, son los más solicitados y no cubren con mucho las demandas existentes.

En 1.966 se creó un Centro de Información y Coordinación para personas de edad avanzada: C.I.C.P.A., organismo de carácter médico-administrativo.

También en Ginebra existen un Centro Geriátrico, un Hospital - Geriátrico, un Hospital de Día y una Unidad Psicogeriátrica.

CENTRO GERIATRICO: Es una policlínica, que proporciona principalmente asistencia ambulatoria en el propio centro o bien en el domicilio de los ancianos. Cuenta con un equipo móvil que facilita una asistencia somática, psíquica y social, sobre todo en estos dos últimos aspectos, y está dirigido por psicólogos y psiquiatras.

En este Centro se proporcionan cuidados continuados a los pacientes que son dados de alta en el hospital geriátrico o en la unidad psicogeriátrica. En el mismo colaboran estrechamente enfermeras de la - salud pública de la Cruz Roja, Asistentes sociales del distrito y ayudas domésticas. Este Centro está subvencionado por el seguro de enfermedad y las autoridades sociales del Cantón.

HOSPITAL GERIATRICO DE GINEBRA : Empezó a funcionar en - octubre del año 1.971, para ancianos con enfermedades agudas, principalmente de corta o media estancia, y algunos casos de estancia prolongada, donde se les hace el diagnóstico y tratamiento. Presenta una organización médico-asistencial multidisciplinaria y procuran a los pacientes la máxima actividad, tanto física como psíquica.

Del Hospital parte una ayuda médico-social a domicilio y a las - instituciones para personas ancianas, principalmente a los apartamentos de tipo A-2 y B.

Todos los ancianos ingresados son estudiados desde el punto de - vista médico-somático (clínico), mental y social.

Presenta una gran importancia la zona del Hospital dedicada a fi

sioterapia, con salas de kinesiterapia, hidroterapia, electroterapia, ergoterapia y socioterapia.

En el Hospital existen también un salón de peluquería, una biblioteca, una pequeña tienda para hacer compras de necesidad. Con frecuencia se organizan actos de animación: proyección de películas y diapositivas, música, fiestas, etc.

Parte integrante del Hospital Geriátrico es un Hospital de Día geriátrico y geronto-psiquiátrico, que facilita la vuelta a la vida autosuficiente del anciano una vez dado de alta en el Hospital. Se utilizan también para hacer ingresos de un solo día, para reconocimientos en salud o para hacer diagnósticos rápidos, sin necesidad de ingresar a los ancianos en el Hospital.

En el Hospital Geriátrico se organizan regularmente cursos de Geriatría para médicos, a cargo de los médicos geriatras del Hospital y de los médicos especialistas del Hospital Cantonal. Entre las actividades de estos cursos están programadas películas pedagógicas, que son comentadas por los profesores y alumnos, sesiones clínicas y sesiones anatomoclínicas de gran interés.

Son numerosos los trabajos de investigación clínica sobre problemas cardiológicos, demencia senil, embolismo pulmonar, etc. que tienen en marcha.

En el Cantón de Vaud ha alcanzado un gran desarrollo la psico-geriatria. En el mes de diciembre del año 1.967 se creó un centro de información a propuesta del Consejo de Estado. Es uno de los órganos ejecutivos de la Comisión Consultiva de Estudios y de Coordinación para los problemas de la vejez y de las enfermedades crónicas del adulto. Desarrolla dos tipos de actividades: Una sobre planificación y orientación de cuestiones de tipo práctico: información sobre plazas médico-sociales temporales y de larga duración, ayuda a domicilio, entretenimiento y ocupación, información pre y post-retiro, seguridad social, etc. La otra misión es como centro de información y documentación --

para la utilización de especialistas donde poseén una amplia biblioteca, documentación, bibliográfica, conferencias, trabajos de investigación, encuestas, etc.

No existen en este Cantón Unidades Geriátricas hospitalarias. - Los ancianos con enfermedades agudas son ingresados en los servicios de medicina interna o especialidades de los Hospitales Generales y los ancianos procesos crónicos en los establecimientos médicos sociales a los que hemos hecho referencia en el Cantón de Ginebra. La asistencia extrahospitalaria cuenta con 60 enfermeras, de salud pública, que trabajan en estrecha colaboración con las autoridades sociales para organizar la ayuda a domicilio.

Desde el punto de vista psicogeriátrico, el Cantón de Vaud, está dividido en 4 sectores y en cada uno de ellos existe una clínica Psicogeriátrica como cabeza de la organización. El sector central de la región de Lausanne es el mejor organizado, con un hospital psicogeriátrico, un centro ambulatorio de psicogeriatría y un hospital de Día -- Psicogeriátrico. La asistencia de los procesos psíquicos de los ancianos está así bien asegurada pero el problema se presenta en los ancianos con enfermedades crónicas avanzadas y dependientes. Para este tipo de ancianos el número de camas es insuficiente y el coste de las plazas elevado. Los servicios de ayuda a domicilio, para ancianos con procesos mentales, se va desarrollando más cada vez. El Centro ambulatorio y el Hospital de Día psicogeriátrico han sido una gran ayuda para la debida asistencia de los ancianos dados de alta en el Hospital.

Hospital Geronto-psiquiátrico de Cery: es un establecimiento autónomo, construido dentro del conjunto clínico-psiquiátrico universitario de Lausanne; consta de 150 camas de las cuales una tercera parte es para hombres y dos terceras partes para mujeres, (la edad mínima de admisión es de 65 años). Celebran coloquios o sesiones clínicas en las que están presentes todo el equipo médico y paramédico, para discutir los diferentes casos, a la entrada en el Hospital y al ser dados de alta. La fisioterapia tiene una gran importancia en el plan terapéutico

fisioterapia individual, fisioterapia de grupo, yoga. Igual ocurre - con la ergoterapia, para la que cuentan con numerosos talleres manuales: cartonaje, costura, telares, repujado, pintura, etc.

El equipo de Lausanne insiste en los efectos beneficiosos de la ergoterapia sobre la psicopatías seniles, pueden lentificar y hasta - detener estos procesos patológicos. Algunos enfermos se ocupan de ciertos trabajos de la granja, cocina, lencería u otros servicios - del Hospital. Otras actividades son: biblioteca, deportes, música, -- juegos, cine, te-baile, cafetería, etc.

Dos hospitales de día funcionan en la organización psicogeriatríca del Cantón de Vaud. Los fines fundamentales del Hospital de Día son: a). - Proporcionar a los ancianos cierta autonomía que les permita continuar en su domicilio. b). - Evitar la ocupación de camas hospitalarias y proporcionarles un tratamiento ambulatorio en condiciones óptimas. c). - Evitar la dependencia del Hospital, del hospitalismo todo lo que sea posible. d). - Proporcionarles una terapia ocupacional, de readaptación, de socioterapia y de psicoterapia de grupo. e). - Es un - elemento fundamental en la Asistencia Geriátrica de sector en la que supone una articulación indispensable entre el ambulatorio y el hospital.

Consta de sala de ergoterapia, fisioterapia y de animación. Acuden al Hospital de Día unos pacientes todos los días, otros dos o tres días por semana y algunos de forma irregular, para ayudas específicas o por exigencias sociales (descanso, vacaciones de la familia, - etc.)

Uno de los problemas fundamentales es el transporte de estos enfermos al Hospital, que se organiza de diversas formas: recogida en - su propio domicilio, una parada de autobús, por microbuses especiales, coches particulares de sus familiares o por sus propios medios.

Es evidente que los ancianos con procesos psíquicos, si viven - en soledad y aislados, son seguros candidatos a la hospitalización de

carácter definitivo. Los diagnósticos que presentan con más frecuencia son los estados depresivos, los síndromes psico-orgánicos, el alcoholismo, etc.

El Centro ambulatorio de psicogeriatría es una policlínica inaugurada en el año 1.968 complemento indispensable de la actividad del Hospital Psicogeriátrico. Sus fines principales son los siguientes: - a). - Asegurar la ayuda médica y de enfermería a domicilio o en los establecimientos médico-sociales y contribuir a mantener el mayor -- tiempo posible a los pacientes ancianos en su domicilio habitual. Así la hospitalización puede ser evitada, retardada o reducida. b). - Examinar las peticiones de admisión de enfermos en colaboración con -- el médico de cabecera y solucionar los problemas médico-sociales -- que un equipo puede resolver. c). - Asistir a los enfermos por un organismo homogéneo hospitalario como extrahospitalario. d). - Contribuir a una mejor formación psicogeriátrica de todo el personal tanto -- en ambiente hospitalario como en el extrahospitalario y en el domicilio del paciente.

El equipo que atiende a los pacientes ancianos en el Hospital, en el dispensario y en su propio domicilio, está constituido por: un jefe médico, un adjunto, un internista a tiempo parcial, un jefe de clínica, seis médicos asistentes, 4 enfermeras especializadas en psiquiatría, - dos asistentes sociales, dos sociólogos y dos secretarías.

La investigación social está muy adelantada, como hemos podido -- comprobar en los párrafos anteriores; la investigación biológica tiene así mismo gran trascendencia, siendo uno de los centros más sobresalientes, el Instituto de Experimentación Gerontológica de Basilea, que está bajo los auspicios de la Sección Biológica de la Asociación Internacional de Gerontología, donde se llevan a cabo importantes trabajos de experimentación animal.

APORTACION PERSONAL

En capítulos anteriores hemos dejado bien sentado que para hacer una planificación Gerontológica o Geriátrica es imprescindible - una colaboración multidisciplinaria con grupos de profesionales que - tengan relación con los ancianos. Estos estudios deben hacerse directamente o a través de encuestas a nivel urbano, en los diferentes barrios, y rural, teniendo siempre presente la opinión de los ancianos.

Fiel a esta directriz hemos intentado realizar un estudio orientador sobre el envejecimiento de la población española y un sondeo - sobre la situación actual de los ancianos sanos. Para ello hemos hecho encuestas a numerosos ancianos, a través de varios Hogares de Pensionistas de la Seguridad Social, de la Obra de Ayuda al Anciano y del Departamento de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja Española. Especial incapié se ha hecho en el estudio del habitat del anciano y principalmente del estado y funcionamiento de la Residencias de ancianos.

A continuación comentamos la situación de los ancianos enfermos en España con referencia al estado de la Psico-geriátrica, la Protección Sanitaria, el personal existente en la Asistencia Geriátrica, la descripción y el funcionamiento del Departamento de Geriátrica, del Hospital - de la Cruz Roja, que dirigimos.

Con los datos anteriores y los recogidos en la bibliografía exponemos la Planificación de la Asistencia Geriátrica Intra y Extrahospitalaria en España que juzgamos más completa y viable en el momento actual.

VI.. 1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION ESPAÑOLA:

A Ñ O 1.975

=====

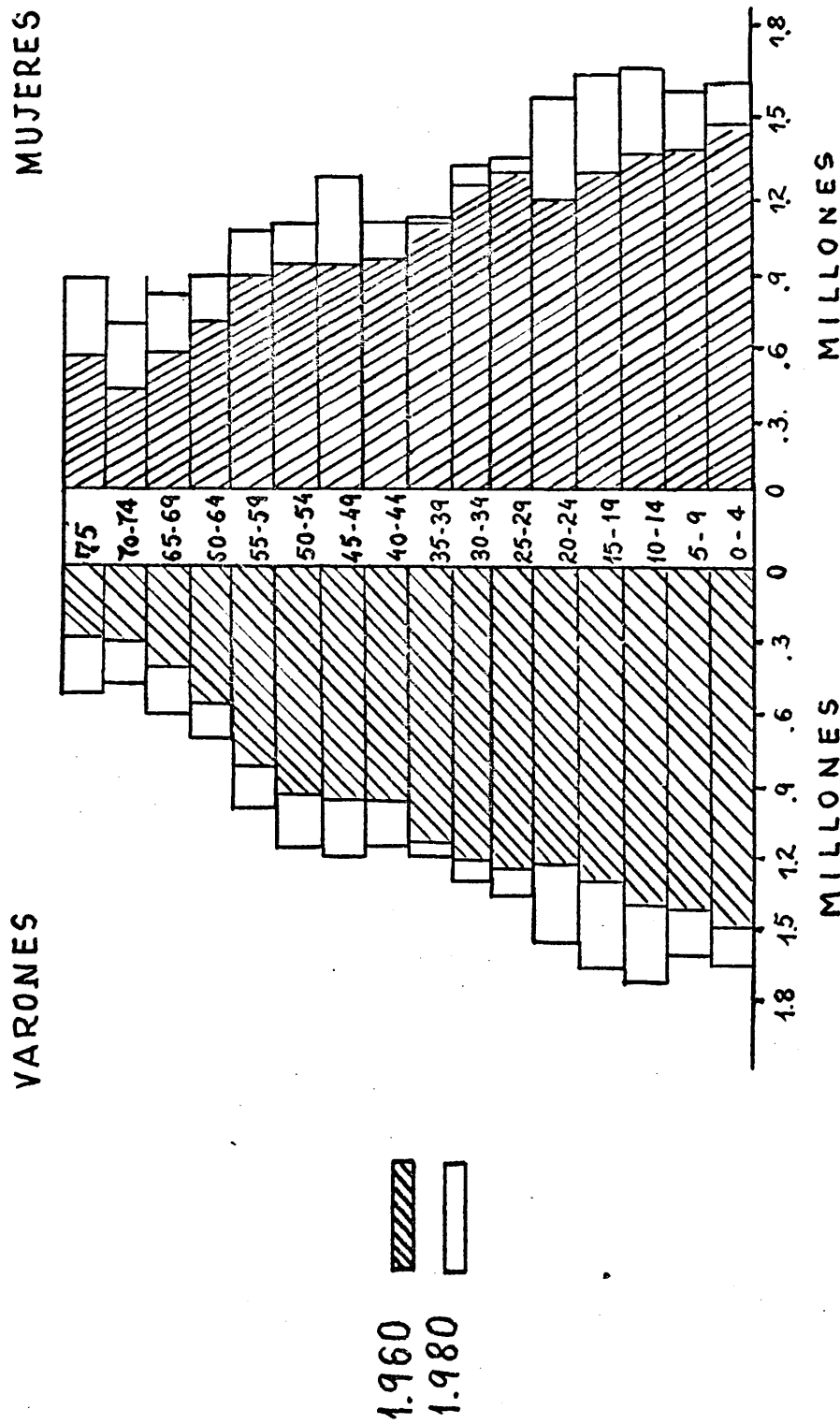
EDAD	TOTAL VARON.	%	TOTAL HEMB.	%	TOTAL V. Y H	%
65 — 69	580.233	43,98	738.807	56,02	1.319.040	37,08
70 — 74	423.943	41,97	586.013	58,03	1.009.956	28,39
75 — 79	246.346	38,87	387.393	61,13	633.738	17,81
80 — 84	139.465	36,30	244.710	63,70	384.175	10,80
85 y más	68.870	32,83	140.890	67,17	209.760	5,89

TOTAL ANCIANOS 3.556.669

=====

1.975	10,37%
1.980	10,82%
1.985	10,51%

ESTRUCTURA DEMOGRAFICA DE ESPAÑA (1.960 y 1.980)



FUENTE : INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. ANUARIO ESTADISTICO 1.971
 TERCER PLAN DE DESARROLLO. POBLACION

DISTRIBUCION GEOGRAFICA POR PROVINCIAS DE TODO ESTE GRUPO DE POBLACION, HACIEN
DO LA SEPARACION POR SEXOS Y QUINQUENIOS.

AÑO 1.975

	65 a 69		70 a 74		75 a 79		80 a 84		85 y más		TOTAL V.	TOTAL H.
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H		
Alava	2970	3634	2019	2674	1204	1778	709	1091	351	644	7523	9821
Albacete	5623	6851	4954	5934	3042	3774	1726	2431	836	1262	16181	36433
Alicante	16227	20392	12446	17325	7266	11384	3979	6826	1757	3206	41675	59133
Almería	6141	7734	4285	6251	2552	4281	1361	2805	690	1486	15029	22557
Avila	4595	4700	3623	4251	2117	2667	1241	1782	625	1016	12201	14416
Badajoz	12109	14579	9143	12236	5121	7704	2991	5070	1375	3371	30739	42960
Baleares	11529	14225	8312	11451	4920	7695	2943	5040	1438	3042	29142	41453
Barcelona	62436	88048	44283	66606	26303	45110	14181	28014	6996	15706	154199	397683
Burgos	7102	8020	5395	6515	3042	4050	1699	2357	933	1227	18171	22169
Cáceres	8963	10562	6779	8250	3456	5115	1965	3350	853	2102	22016	29379
Cádiz	11039	14074	7334	11463	3935	7035	2031	4481	972	2320	25311	39373
Castellón	8452	9986	6415	7965	3827	5643	2221	3575	902	1781	21817	28950

65 a 69	70 a 74	75 a 80	80 a 84	85 y más	TOTAL V.	TOTAL H.
V ₈₁₆₃ H ₁₁₀₀₂	V ₆₅₈₅ H ₈₆₅₃	V ₃₉₆₇ H ₅₉₅₈	V ₂₂₈₃ H ₃₆₄₄	V ₉₁₀ H ₂₀₆₈	21908	31325
11372 14285	8784 12391	4771 7715	2790 5147	1239 2994	28956	42532
18162 24971	12860 20817	7607 13902	4175 9167	2102 5688	44906	74545
5439 5991	4400 4713	2747 3152	1474 1854	693 1027	14753	16737
8459 10120	5953 7953	3620 5402	2110 3427	949 1826	21091	28728
11102 14237	8371 11579	5011 7588	2869 4830	1200 2412	28553	40646
3458 3596	3035 3104	1871 1987	1202 1307	581 761	10147	10755
9339 12510	6566 8976	3523 5830	1864 3671	1047 1922	22339	32909
7157 9287	4900 7325	2609 4660	1415 3098	672 1994	16753	26364
5278 5151	4233 4321	2550 2767	1509 1868	808 1243	14378	15350
10488 13165	8441 10902	5122 7318	2916 4543	1435 2676	28402	38604
10666 11554	7562 9909	4477 6010	2455 3635	1312 1909	26472	33017
7784 8369	5786 6278	3495 4119	1969 2466	846 1083	19880	22315
4815 5647	3346 4404	2052 2832	1158 1753	565 1140	11936	15776

C. Real.....

Córdoba

La Coruña...

Cuenca

Gerona

Granada

Guadalajara..

Guipúzcoa ...

Huelva

Huesca

Jaén

León

Lérida

Logroño ...

	65 a 69		70 a 74		75 a 80		80 a 84		85 y más		TOTAL V.	TOTAL
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H		
Lugo.....	11349	11520	7891	9180	5243	6545	3052	4104	1720	2443	29255	33792
Madrid	54938	78983	37987	58940	20674	40791	11296	25332	6615	15669	131510	219715
Málaga	13876	18268	10601	14305	5636	8865	3047	5370	1433	2956	34593	49764
Murcia	13378	16678	10121	14113	6420	9145	3567	5559	1571	3133	35057	48628
Navarra ...	8601	10003	6231	7538	3627	5002	2167	3292	1167	2067	21793	27902
Onse ...	9975	11542	7148	9444	4363	6216	2608	3898	1306	2167	25400	33267
Oviedo	18602	24912	13133	20549	7661	13478	4279	8608	2406	5158	46081	72705
Palencia ...	3779	4790	2958	3668	1549	2510	960	1607	368	911	9614	13486
Las Palmas..	8137	9610	5293	6573	2769	3885	1695	2525	1092	1728	18986	24321
Pontevedra..	12463	18325	8495	14252	5024	9716	2652	6353	1367	3663	30001	52309
Salamanca...	8028	8933	5975	6736	3532	4634	2187	3277	1266	2119	20988	25699
S. C. Tenerife..	9196	10851	5708	7943	3784	5414	2351	3554	1337	2166	22376	29928
Santander.....	8245	10750	5772	8645	3194	5571	1867	3737	989	2426	20067	31129
Segovia	3364	3647	2826	2927	1601	2072	928	1299	451	731	9170	10676
Sevilla	18570	25183	13883	20601	7332	12522	4063	8162	1796	4700	45664	71168

	65 a 69		70 a 74		75 a 79		80 a 84		85 y más		TOTAL V.	TOTAL
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H		
Soria	2927	3039	2248	2446	1223	1529	753	977	446	577	7597	8568
Tarragona.....	8765	10354	6756	8642	4395	5985	2641	3841	1339	1935	23905	30757
Teruel	4160	5285	3598	4654	2294	3343	1280	1558	510	934	11842	15774
Toledo	9006	10385	6993	8743	4153	5759	2487	3833	1117	2134	23756	30854
Valencia	32413	41091	23286	32059	13902	21005	7890	13100	3397	6974	80888	114229
Valladolid	6668	8025	4894	6695	2754	4422	1702	2831	743	1566	16761	23539
Vizcaya	14735	19932	10917	15281	6110	10484	3432	6301	1802	3822	36996	55820
Zamora	5815	6702	4340	5251	2482	3516	1506	2268	540	1256	14683	18997
Zaragoza	14375	17309	11070	14582	6417	9507	3819	6092	2005	3760	37686	51250

TOTAL VARONES Y TOTAL HEMBRAS EN EL AÑO 1.975

1 4 58857

2097812

TOTAL VARONES Y HEMBRAS EN EL AÑO 1.975

3.55.669

CUADRO 5: INDICE DE ENVEJECIMIENTO DE LAS REGIONES ESPAÑOLAS

Regiones	Población 1.970.			Población 1.980			Diferencia. (b) % (a)
	0-14 años	65 y más	% (a)	0-14 años	65 y más	% (b)	
Andalucía	1.898.370	519.233	27,35	1.871.867	625.395	33,41	6,06
Aragón	271.872	139.907	51,46	250.918	161.372	64,31	12,85
Asturias	271.176	103.034	37,99	244.610	134.885	55,14	17,15
Baleares	129.846	63.304	48,75	128.093	75.987	59,32	10,55
Canarias	374.157	77.961	20,83	475.198	120.771	25,41	4,58
Castilla Nueva	1.440.899	458.200	31,79	1.596.459	614.108	38,46	6,67
Excluido Madrid	384.367	158.681	41,28	316.612	173.586	54,82	13,54
Madrid	1.056.532	299.519	28,34	1.279.847	440.522	34,41	6,07
Castilla Vieja	578.634	229.922	39,73	547.519	272.578	49,78	10,05
Cataluña	1.309.490	505.257	38,58	1.392.996	605.356	43,45	4,87
Excluido Barcelo.	288.692	143.535	49,71	285.355	154.275	54,06	4,35
Barcelona	1.020.798	361.722	35,43	1.107.641	451.081	40,72	5,29
Extremadura	334.379	125.748	37,60	280.517	135.739	48,38	10,78
Galicia	663.735	302.802	45,62	638.980	362.619	56,74	11,12
León	315.768	133.835	42,38	263.306	153.930	58,46	16,08
Murcia	355.297	121.170	34,10	375.792	133.963	35,64	1,54
Valencia	831.165	315.006	37,89	839.203	376.601	44,87	6,98
Vasconia	661.732	193.826	29,29	728.799	247.566	33,96	4,67
ESPAÑA	9.478.760	3.298.456	34,79	9.634.342	4.020.836	41,73	6,94

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Prospección de todos estos datos para los años 80 y 85, siempre con referencia a los obtenidos sobre población de hecho en dichos años, con migración interior y emigración exterior y comparando con el año actual.

AÑO 1.980

=====

EEDAD	TOTAL VARO.	%	TOTAL HEMB.	%	TOTAL V. H.	%
65 -- 69	610.860	43,82	782.972	56,18	1.393.832	34,65
70 -- 74	486.442	42,77	663.598	57,71	1.150.040	28,59
75 -- 79	319.519	39,78	483.557	60,22	803.076	19,96
80 -- 84	159.606	36,32	279.741	63,68	439.347	10,92
85 y más	77.556	32,87	158.332	67,13	235.888	5,84

TOTAL ANCIANOS 4.022.183

=====

AÑO 1.985

=====

EEDAD	TOTAL VARO.	%	TOTAL HEMB.	%	TOTAL V. H.	%
65 -- 69	590.269	43,41	769.371	56,59	1.359.640	33,84
70 -- 74	458.296	41,48	646.421	58,52	1.104.717	27,52
75 -- 79	313.590	39,54	479.419	60,46	793.009	19,75
80 -- 84	179.465	37,01	305.322	62,99	484.787	12,07
85 y más	89.646	32,98	182.127	67,02	271.773	6,77

TOTAL ANCIANOS 4.013.926

=====

La disminución del grado de envejecimiento producido en el año 1.985 que afecta fundamentalmente a la década de los 65 a 75 - años, se debe a tres factores:

1º. - Disminución de la natalidad entre los años 1.915 a - 1.925.

2º. - Aumento de la mortalidad por epidemia de gripe, que - tuvo lugar en el año 1.918.

3º. - Influencia de las muertes ocurridas en la guerra civil española entre personas de 16 a 29 años.

VI.2. HABITAT Y SITUACION DEL ANCIANO SANO EN ESPAÑA:

De todo lo dicho anteriormente, entendemos por anciano sano aquél que no presenta enfermedad demostrable por los medios habituales tanto física como psíquica y todos aquellos que presentando alguna alteración no precisando cuidados especiales ni de tratamiento continuo y frecuente, no variando física ni psíquicamente su relación social y que por tanto pueden valerse perfectamente por si mismos.

Según estudios realizados en Inglaterra, Italia y Francia, corresponde respectivamente a este grupo, el 25%, 22% y 30%, del número total de personas mayores de 65 años.

De todo ello deducimos que la totalidad de ancianos españoles, del 20% al 30% entran dentro del concepto de anciano sano.

El habitat del anciano- En Inglaterra según datos recogidos por el Office of Health Economics, indican que en 1.966, el 94% de las personas de 65 años y más residían en viviendas privadas, 2% en residencias y el resto en instituciones de beneficencia, hospitales, etc. De los primeros 31% vivían en casa con hijos u otros parientes; el resto 55% en viviendas independientes de los hijos y de ellos 25% cerca de ellos o de otros parientes.

En Estados Unidos, las proporciones en 1.965, eran bastante semejantes; el 95,7% residía en viviendas; de ellos el 70,5% en familia de dos o más miembros y 25,2% con 0,3% en grupos de personas no familiares.

Respecto al número total de ancianos en España que es de 3.556.669, nos encontramos que el número de plazas en residencias destinadas a este grupo de población es de 62.000 en números redondos.

Con objeto de conocer la situación de los ancianos en España se envió una encuesta a 123 Hogares del Pensionista de la Seguridad Social, diseminadas por toda la geografía española, que debía ser cumplimentada por los médicos y asistentes sociales de los mismos.

Se han recibido 112 encuestas de las que hemos operado con 75, que afectan a una población de 214.584 ancianos.

De la referida encuesta se consignan los siguientes resultados:

1 - ANCIANO SANO:

DONDE VIVEN LOS ANCIANOS:

- Solos 24,10%
- Solos con ayuda 12,5 %
- Especifique que tipos de ayuda: Los que la dan en un mayor número de casos corresponden a Ayuda Familiar, vecindad y Ayuda a Domicilio.
- En familia 59,2 %
- En Residencias 4,2 %
- Micro-residencias: Sin datos.
- Residencias colectivas: Sin datos.
- Residencias-apartamentos: Sin datos.
- ¿ En su opinión, Dónde prefieren vivir los ancianos?.
- Solos 32,6 %
- En familia 67,4 %

Esta misma encuesta fué dada a otro grupo de trabajo, obteniendo los datos que a continuación se relacionan, a través de las fichas recopiladas en Obra de Ayuda de Anciano y Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja (Madrid), así como informes de asistentes sociales de parroquia, de algunos centros hospitalarios.

1 - ANCIANO SANO:

VIVIENDA:

- Donde viven los ancianos:
- Solos del 5 al 6%
- Solos con ayuda " "
- Especifique que tipos de ayuda.
- En familia 75 a 80%

- En Residencias 15 a 17%
- En Micro-residencias)
- Residencias colectivas) Sin datos
- Residencias-apartamentos)
- En su opinión donde prefieren vivir los ancianos:
- Solos 2%
- En familia 98%

Según datos obtenidos del tercer Plan de Desarrollo (Seguridad Social), obtenemos los siguientes resultados:

RECURSOS TOTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

1.972	215.228.000.000
1.975	320.782.000.000

DESTINADOS A PENSIONES SE DESGLOSAN EN:

1.972	67.713.000.000
1.975	95.902.000.000

Valorando que estas cifras corresponden al número total de pensionistas que en 1.975 según la fuente anteriormente citada se calcula que estaría en 3.131.000 y teniendo en cuenta que los pensionistas que a nosotros nos interesan, son aquellos por jubilación y vejez que hacen un total de 2.000.000, la repercusión que tiene lugar sobre este número de población anciana es de, 61.259.661.000 representa - un 63,87% sobre el total dedicado al pago de pensiones en general.

Volviendo a remitirnos a los grupos de trabajo anteriores, vemos que los resultados de las encuestas referentes al tema de jubilación, régimen de vida, convivencia, ayuda a domicilio, profilaxis y cobertura, son las siguientes:

PRIMER GRUPO DE TRABAJO: SERVICIOS DE ASISTENCIA A PENSIONISTAS

A). - JUBILACION

- Situación laboral:

¿Cómo han aceptado la jubilación?

- Bien	52, 5 %
- Regular	29, 9 %
- Mal	17, 6 %
¿Cuántos ancianos jubilados siguen trabajando de alguna manera?	
	26, 36 %
- Especifique los motivos:	
- Aumentar los ingresos	69, 50 %
- Distracción	22, 70 %
- Otros	7, 80 %
- Situación económica:	
¿Cómo calificaría la situación económica de la población anciana?	
- Deficiente	70, 29 %
- Regular	18, 62 %
- Suficiente	10, 11 %
- Excelente	0, 98 %

B).- REGIMEN DE VIDA

¿Cómo suelen emplear el tiempo libre los ancianos?

- Actividades estáticas: por orden de preferencia lo emplean de la siguiente forma:	
- Juegos	60 %
- T.V.	19, 97 %
- Lectura	6, 96 %
- Musica	4, 50 %
- Otros	8, 57 %
- Actividades dinámicas por orden de prederencia lo emplean de la siguiente forma:	
- Recreativas	53, 04 %
- Terapia ocupacional	19, 38 %
- Actividades físicas	27, 58 %

C).- CONVIVENCIA

- Problemática que plantea la convivencia.

- En domicilio propio Soledad
- En domicilio familiar Conflicto generacio
nal, falta de medios
económicos.
- En residencias) Diferencias culturales,
- En hogares y círculos recreativos.....) Cocioales y económicas.
- Según su opinión que tipos de problemas se presentan con más fre
cuencia en la convivencia de los ancianos?
- Conflicto generacional, falta de medios económicos, diferencias cul
turales y sociales, etc.

D). - AYUDA A DOMICILIO

- Personas que disfrutan de ayuda a domicilio 0,87 %
- Tipos de ayudas:
- Comida 13,45 %
- Aseo personal y limpieza del domicilio 31,51 %
- Lavado y planchado de ropa 17,85 %
- Asistencia médica 0,80 %
- Mejora del domicilio 1,22 %
- Terapia ocupacional 0,08 %
- Compañía a domicilio 17,66 %
- Asesoramiento y gestión 9,13 %
- Servicio de peluquería 1,17 %
- Biblioteca 5,66 %
- Varios 1,47 %

E). - PROFILAXIS

- Médica:
- Ancianos que acuden a consulta desde el punto de vista -Datos sin
médico-preventivo codificar.
- Social:
- Indique que tipo de preparación social considera más -Datos sin
adecuada para prevenir los problemas de la tercera codificar.
edad.....

F). - COBERTURA

- Sanitaria:

- Indique tanto por ciento de ancianos pertenecientes a las siguientes entidades:

- S.O.E	44, 16 %
- 18 de Julio	32, 19 %
- Cartilla de Beneficencia	5, 84 %
- Seguros Libres	5, 73 %
- Privados	3, 35 %
- Otros	1, 31 %
- Sin Cobertura	7, 42 %

¿Qué tipo de recursos considera necesarios para lograr) Datos sin una cobertura sanitaria total en la tercera edad?.....} codificar

- Social:

¿Qué tipo de recursos considera necesarios para lograr) Datos sin una cobertura social total en la tercera edad?.....} codificar

SEGUNDO GRUPO DE TRABAJO: CRUZ ROJA Y OBRA DE AYUDA AL ANCIANO

A). - JUBILACION

- Situación laboral:

¿Cómo han aceptado la jubilación?

- Bien	16 %
- Regular	70 %
- Mal	14 %

¿Cuántos ancianos jubilados siguen trabajando de alguna manera? 20 %

- Especifique los motivos:

- Aumentar los ingresos	60 %
- Distracción	30 %
- Otros	10 %

- Situación económica:

¿Cómo calificar la situación económica de la población anciana?

- Deficiente	65%
- Regular	20%
- Suficiente	10%
- Excelente	5%

B). - REGIMEN DE VIDA

¿Cómo suelen emplear el tiempo libre los ancianos?

- Actividades estáticas:

- Bar	40%
- T.V.	4%
- Lectura	
- Música	
- Otros	20%

- Actividades dinámicas:

- Recreativas	
- Terapia ocupacional	10%
- Actividades físicas	
- Solo paseos	60%

C). - CONVIVENCIA

- Problemática que plantea la convivencia:

- En domicilio propio)) tipo generacional	70%
- En domicilio familiar)		
- En residencias)	tipo convivencia	10%
- En hogares y círculos recreativos)	carácter	10%

- Según su opinión ¿que tipos de problemas se presentan con más frecuencia en la convivencia de los ancianos?

- Generacionales y de educación.

D). - AYUDA A DOMICILIO

- Personas que viven solas y que precisan ayuda a domicilio

- Tipos de ayudas:	
- Comida	
- Aseo personal	X
- Limpieza del domicilio	X
- Podólogo	
- Peluquería	
- Biblioteca	
- Mejora de hogar	
- Compañía	X
- Asistencia Geriátrica	X
- Asistencia social, moral, jurídica, etc	
- Personas que viven con su familia y además precisan ayuda a domicilio	30%

NOTA: X= No se puede estimar el tanto por ciento.

EN CONCLUSION :

Haciendo una valoración media de estos grupos de trabajo, obtenemos los siguientes resultados:

DONDE PREFIEREN VIVIR NUESTROS ANCIANOS

En sus domicilios	95%
En residencias	5%

¿Cuántos ancianos siguen trabajando en alguna actividad?	26%
--	-----

¿Cómo aceptan y toleran su jubilación?	
Mal	16%

¿A cuántos les gustaría seguir trabajando?	39%
--	-----

Motivos:

Aumentos de ingresos	69%
Otras causas	31%

¿ Cómo emplean sus horas libres?

Actividades estáticas: (juegos, TV, Bar, etc).....	80%
Actividades dinámicas: (paseos, terapia ocupacional, etc)	20%

PROBLEMAS DE CONVIVENCIA:

En sus casa. Problemas generacionales 70%

En residencias. Problemas convivencia 10%

AYUDA DE TIPO SOCIAL QUE ES MAS SOLICITADA:

Con mucha diferencia, limpieza de casa y compañía.

.=.=.=.=.=.=.=..

VI.3. RESIDENCIAS DE ANCIANOS EN ESPAÑA

Primera parte: "SITUACION ACTUAL"

RELACION DE RESIDENCIAS.

Los datos han sido obtenidos del trabajo "Chequeo a las Residencias de España" efectuado por la Sección de Asistencia Social del Departamento de Geriátría Hospital Central de la Cruz Roja.

Teniendo computadas un total de 400 residencias, se obtuvieron los siguientes datos.

REGIDOS

Casi la totalidad de ellas estan regidas por Religiosas, exceptuando algunas , regidas por juntas autonomas, aunque, como ya digo, son una minoria pequeñísima. De esta totalidad de 400 residencias.

97 regidas por Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul

85 por Hermanitas de los Pobres

95 por Hermanitas de los Ancianos Desamparados

123 por otras congregaciones, entre las que se encuentran:

-Salesianas del Sagrado Corazón de Jesús

-Hijas de Santa Ana

-Carmelitas

-etc.

CAPACIDAD

Entre estos 400 centros estan acogidos un total de 26.027 ancianos, entre los cuales hay:

12.158 Hombres

13.869 Mujeres

679 Matrimonios

No obstante hay unas 6316 peticiones de ingresos en estos cen

tros. En estas Residencias tienen una irregularidad bastante grande en el número de acogidos lo cual podemos verlo a continuación con la siguiente estadística:

12	tienen una capacidad superior a los 300
18	oscilan entre los 250 y 300
24	" " los 200 y 250
30	" " los 150 y 200
84	" " los 100 y 150
54	" " los 75 y 100
24	" " los 50 y 75
75	" " los 25 y 50
57	tienen menos de 25

ECONOMIA

En 213 subsisten por medio de beneficencia (limosna, etc) y - de estos 213 aportan los residentes por sus ingresos en 189.

En 324 de estos 400 aportan los residentes de sus ingresos - en una cuantía aproximada de un 80% de los mismos.

Y, finalmente, 93 reciben una aportación oficial (Ayuntamiento, Diputaciones Provinciales, etc.).

De estas residencias solo apuntan que son suficientes los medios económicos en 105, o sea que un 22,5% de estas residencias tienen una economía francamente deficiente.

REGIMEN ABIERTO

Consideramos regimen abierto en aquellos centros en los cuales tienen un horario flexible en la disciplina interna, sobre todo en la libertad de salir a diario; respetando las horas de las comidas, vacaciones, fines de semana, etc. Si pretendemos que una residencia sea - una continuación de un hogar, trataremos a su vez de que sea lo más parecido a este. Solo en 195 mantienen abierto, este regimen totalmente. Es decir, casi un 40% de las residencias actuales no son abiertas, en el amplio sentido que nosotros le damos.

NO VISITAS

Del número anterior citado, 26027, no reciben nunca visita - 10239, es decir un 30,5%.

CALEFACCION

En este apartado de calefacción no contamos aquellos centros en los cuales tratan de paliar este medio con braseros, a no ser - en aquellas residencias que por la situación geográfica y benignidad de su clima les sea suficiente con unos braseros. No obstante, carecen de calefacción como tal 119, es decir un 39% de las mismas.

ALIMENTACION

En este punto de la alimentación solo se ha considerado como deficiente en 33 centros.

PERSONAL SUFICIENTE

Es cierto que en algunos de estos centros son pocas religiosas para atender a tantos acogidos, en la mayoría se agrava el problema ya que al no disponer de medios económicos, las religiosas salen a la calle para recolectar limosnas privando de este tiempo al cuidado de los ancianos. Esto sucede en un 93%, es decir, según la propia cualificación de las residencias solo en 72 tienen un personal suficiente. Nuestra impresión particular es que esta apreciación es errónea y fruto de la propia acomodación a un estado no plenamente satisfactorio desde una posición actual de asistencia de ancianos.

Desde el punto de vista anterior de dichas residencias hemos obtenido los siguientes datos.

MEDICOS

No disponen de médicos en 20 residencias y de los 357, solo poseen algún título geriátrico 15.

REMUNERACION

De los 357 médicos anteriormente citados, solo perciben algu-

na remuneración bien oficial o privada del centro 72.

MEDICOS AUXILIARES

Apuntamos como médicos auxiliares:

27 tienen laboratorio

78 rayos X

15 tienen servicios de rehabilitación.

PORCENTAJE DE ENFERMOS MENTALES CRONICOS Y DEFUNCIONES

1804 enfermos mentales.

8986 enfermos inválidos y crónicos.

El porcentaje de defunciones al año es del 26%. Se apuntan como motivo de defunción por el orden correspondientes:

1º. Causas circulatorias.

2º. Causas respiratorias.

3º. Causas neurológicas.

4º. Causas reumáticas.

5º. Causas varias.

MAYOR FRECUENCIA PATOLOGICA

Revisando la patología más frecuente entre los residentes referidos, vemos que son las siguientes por aparatos:

La encabeza el aparato respiratorio, siguiendo el circulatorio, reumatismo, neurológicas, mentales y otras. (diabestes, etc.)

Es forzoso admitir el cambio de mentalidad respecto a las Residencias de ancianos. Cambio de mentalidad en la Sociedad y cambio en los propios ancianos. El concepto de "Asilo, donde se "aparcaba" definitivamente al viejo deshauciado y cuyo nombre respiraba una mezcla de temor y compasión, se ha ido desplazando hacia el de Residencia-Hotel nacido de las lujosas construcciones efectuadas en este sentido, por algunos Organismos privilegiados; por supuesto el que consigue plaza en ellas ha cambiado de ser un deshauciado a ser un "afor

tunado".

Entre "Asilo" y "Residencia-Hotel", estan proliferando unas Residencias, dignas, comodas, funcionales, atractivas, lógicas a las que se suman muchas de las existentes antiguas que estan modernizando no solo su morfología sino lo que es más importante, su mentalidad.

Dicen que la muerte iguala a todos los hombre. La necesidad de plazas para ancianos que la precisen tambien debia de seguir el principio de "igualdad de oportunidades".

Nos ha parecido interesante intentar "medir" las pulsaciones, la tensión, la fisiología y la patología de las Residencias de Ancianos sus insuficiencias económicas y sociales,, sus necesidades terapeuticas englobadas por paralelismo, en el concepto de "chequeo".

Hace tres años hicimos un primer estudio que abarcó 378 residencias con un total de 26027 ancianos, y que aparece publicado en el libro GERONTOLOGIA Y GERIATRIA, pag. 229, editado por Cruz Roja. Apenas acaba de aparecer el libro "Situación de los ancianos en España (informe G.A.U.R.) editado por la Confederación Española de Cajas de Ahorros que dedica un amplio capítulo a este mismo tema y que reconoce (pag. 654) haber bebido las fuentes de nuestro trabajo original para contrastar resultados y desarrollar la prueba.

Nos referimos ahora exclusivamente a una segunda fase de estudio y que comprende 166 Residencias que han contestado hasta el momento una amplia y meditada encuesta que pretendia recoger los siguientes datos:

- Capacidad.
- Dependencia.
- Condiciones de ingreso y prioridad en el mismo.
- Solicitudes pendientes.
- Subsistencia económica.
- Situación familiar de los residentes.

- Estado arquitectónico del centro, así como los servicios higiénicos y la calefacción.

Dentro del Servicio médico son:

- Existencia del Servicio Médico, dedicación y remuneración.
- Instalaciones sanitarias con las que dispone el centro.
- Clasificación sanitaria de los ancianos.
- Problemas en el ingreso de los residentes en centros hospitalarios así como la dificultad para la obtención de los medicamentos.
- Defunciones, etc.

Especialización del personal sanitario.

(Adjuntamos en los gráficos, nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, y 8 los cuestionarios de la encuesta).

ENCUESTA A REALIZAR

1.- NOMBRE EXACTO DEL CENTRO

2.- DIRECCION

calle o plaza

localidad

provincia

teléfono

3.- REGIDO POR:

4.- CAPACIDAD

Nº total de residentes

Nº de hombre

Nº de mujeres

Nº de matrimonios

5.-DEPENDENCIA

-¿De que entidad depende el centro?:

Del Ministerio de la Gobernación

Del Ministerio de Trabajo (Asistencia Social al Pensionista)

Diputación Provincial

Ayuntamiento

Iglesia (Ordenes Religiosas)

Fundaciones Privadas

Otro..... ¿Cual?:.....

6.- CONDICIONES EXIGIDAS PARA EL INGRESO

1.-:.....

2.-:.....

3.-:.....

4.-:.....

Se admiten ancianos enfermos crónicos o inválidos

No se admiten ancianos enfermos crónicos o inválidos (solo -
se admiten los que se valen por si mismo)

Se admiten ancianos con deterioro mental avanzado

7. - EXISTE ORDEN DE PRIORIDAD PARA EL INGRESO

Si

por: Urgencia social

Urgencia médica

Otras causas

NO

8. - CUÁNTAS SOLICITUDES DE INGRESO TIENEN APROXIMADAMENTE PENDIENTES

Ninguna de 100 a 200

de 10 a 20 de 200 a 500

de 20 a 50 de 500 a 1000

de 50 a 100 Más de 1.000

9. - COMO SUBSISTE ECONOMICAMENTE EL CENTRO

Aportación Oficial (Ayuntamientos, Diputaciones, Ministerios)

Aportación de los residentes

Aportación de los benefactores

Rentas

Otras..... ¿Cual?.....

10. - APORTAN ECONOMICAMENTE LOS RESIDENTES

SI

NO

11. - Y SUS FAMILIAS

SI

NO

12. - SON SUFICIENTES ESTOS INGRESOS

SI

NO

13. -EN QUE CUANTIA O PROPORCION DEBERIAN AUMENTAR PARA LLEGAR A CUBRIR DEBIDAMENTE SUS NECESIDADES

14. - REGIMEN INTERIOR

a) Pueden salir libremente

1 día a la semana

3 días por semana

siempre

b) Pueden salir de vacaciones

si

no

c) pueden recibir visitas

diariamente

3 días por semana

con horario

sin horario

15. - QUE PORCENTAJE RECIBEN VISITAS

Semanalmente.....

Quincenalmente.....

Mensualmente.....

Esporadicamente.....

Nunca.....

16. -QUE PORCENTAJE CARECE TOTALMENTE DE FAMILIA.....

17. - COMO CALIFICARIA LA ALIMENTACION

buena

aceptable

deficiente

18. - EXISTE CALEFACCION

Tiene calefacción central

Hay estufas de butano

Hay otras instalaciones

No existe calefacción de ninguna clase

19. - INDIQUEN SI DISPONEN DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS

BAÑERAS

si ¿Cuántas?.....

no

DUCHAS

si ¿Cuántas?.....

no

W.C.

si ¿Cuántas?.....

no

LAVABOS

si ¿Cuántas?.....

no

a) Son suficientes:

	Bañeras	Duchas	W.C.	Lavabos
Suficientes				
Insuficientes				

b) Los utilizan los residentes en general?

	Bañeras	Duchas	W.C.	Lavabos
Si				
No				

21. - QUE PERSONAL CUIDA LA CASA: (Indique el nº)

Religiosas
Enfermeras religiosas
Enfermeras Seglares
Empleadas
Médicos
Asistentes Sociales
Personal Subalterno

22. - SON SUFICIENTES EN LA ACTUALIDAD

Si

No

¿Cuántos necesitarían(especifique clase de personal)

23. - EXISTE SERVICIO MEDICO

Si

No

Les rogamos nombre y direcciones de los médicos

24. - EN QUE AÑO FUE CONSTRUIDO EL EDIFICIO

a) ¿Se ha reformado alguna vez? ¿Cuántas?

b) Necesita reforma actualmente (indique de que tipo)

c) Que necesidades tienen más urgentes en la casa en estos momentos.

25. - HAN REALIZADO ALGUN CURSILLO DE GERIATRIA, PARA EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS.

26. - Les gustaría efectuar alguno?.

27. - QUE DIFICULTADES SE LES PLANTEA PARA LA ATENCION
DIARIA DE LOS ACOGIDOS.

28. -QUE SUGERENCIAS HARIA DESDE UN PUNTO DE VISTA GE
NERAL NACIONAL?

(Cursos, publicaciones, creación de centro supervisor para
todas las residencias, y centro piloto donde se podrían di-
rigir todo tipo de sugerencias, problemas, dificultades, etc).

CUESTIONARIO PARA EL SERVICIO MEDICO

1. - NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO O MEDICOS DE LA RESIDENCIA

1. -

2. -

3. -

4. -

5. -

2. - TIENE ALGUNA REMUNERACION

Nula

simbolica

escasa

suficiente

3. -EFECTUA VISITA

diaria

alterna

semanal

exporadica

4. - QUE CLASE DE INSTALACIONES SANITARIAS TIENE EL PROPIO CENTRO

Laboratorio

Rayos X

Sala de rehabilitación

terapia ocupacional

5. - CLASIFICACION SANITARIA DE LOS ANCIANOS (%)

a)Sanos:

b)Enfermos:

b. 1. - sin invalidez

con pequeña dependencia

con importante dependencia

con dependencia total.

b. 2. -mentales:

leves

graves

b. 3. -incontinentes:

parciales

totales

7.- QUE PATOLOGIA ENCUENTRA MAS FRECUENTE Y EN QUE ORDEN (cardiacos, bronquitis, reumatismo, biabetico,)

8.- PUEDEN INGRESAR LOS ENFERMOS EN ALGUN CENTRO -- HOSPITALARIO

Si

No

9.- CUANTAS DEFUNCIONES TIENEN POR AÑO

10 %

10 %

15 %

20 %

25 %

30 %

40 %

10.- CAUSAS INMEDIATAS (por orden y diagnóstico probable) de los fallecimientos

(insuf. cardiaca, infartos, ictus, canceres, neumonias, etc)

11.- CONSIDERA SUFICIENTE LA ALIMENTACION

12.- CONSIDERA SUFICIENTE LA TEMPERATURA AMBIENTAL

13.- TIENE PROBLEMAS PARA LA OBTENCION DE MEDICAMENTOS.

14.- TIENE Ud. ALGUN TITULO O DIPLOMA DE GERIATRIA

15.- DESEARIA CONSEGUIRLO

16.- QUE DIFICULTAD ENCUENTRA PARA REALIZAR SU LABOR

17.- QUE SUGERENCIAS HARIA EN TORNO A SUS ANCIANOS,
DESDE UN PUNTO DE VISTA MEDICO. ?

18.- QUE SUGERENCIAS HARIA DESDE UN PUNTO DE VISTA
GENERAL, NACIONAL ?

GRACIAS

R E S U M E N

Actualmente en España tenemos una población total senil de 3.556.669 ancianos de la que 58.164 se encuentran alojados en residencias, siendo 640 el número de estas. (fig, nº1)

En la distribución de esta población anciana por sexos, nos encontramos que existen: 1458.857 varones y 2.097 hembras (fig. -- nº 2). Asi mismo en la (fig. nº 3) se puede observar la distribu--ción por regiones del número total de ancianos así como del corres--pondiente número de los mismos ingresados en plazas de Residencias.

Queremos hacer constar que puede existir un error mínimo en el número de ancianos alojados en Residencias, por la falta de --algún centro que tenga actualizadas y coordinadas todas las residen--cias de España, refiriendonos, claro esta, no solo a las oficiales sino tambien las privadas. Todo ello ha dificultado enormemente el proceso de investigación.

En este estudio se han evaluado 166 residencias, desestimando 25 por estar incompletas las respuestas o por datos no fiables.

En estas 166 residencias, se encuentran acogidos un total de 17.290 ancianos distribuidos en 7.254 hombres, y 10.036 mujeres y 652 matrimonios.

DEPENDENCIA: (Como podemos apreciar en la fig. nº 4) un --porcentaje muy elevado corresponde a las residencias dependientes --de ordenes religiosas.

DIRECCION:

Hemos valorado unicamente si esta es llevada por religiosas ó seglares siendo el porcentaje de Ordenes Religiosas de 95,77% y de seglares el 4,23%.

PERSONAL ESPECIALIZADO

En el que se incluyen Asistentes Sociales y Enfermeras solo se estiman en un 7,22%.

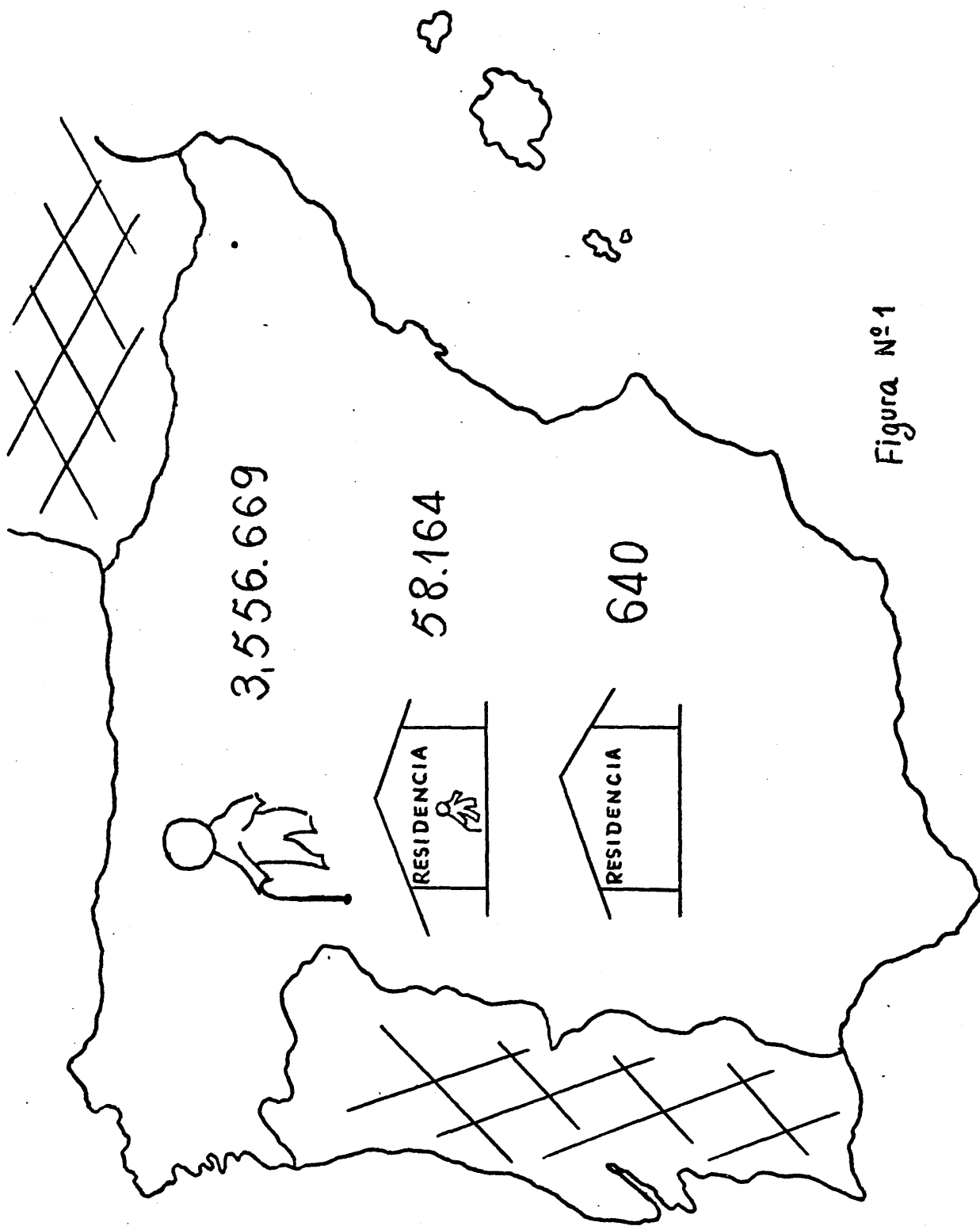


Figura Nº 1

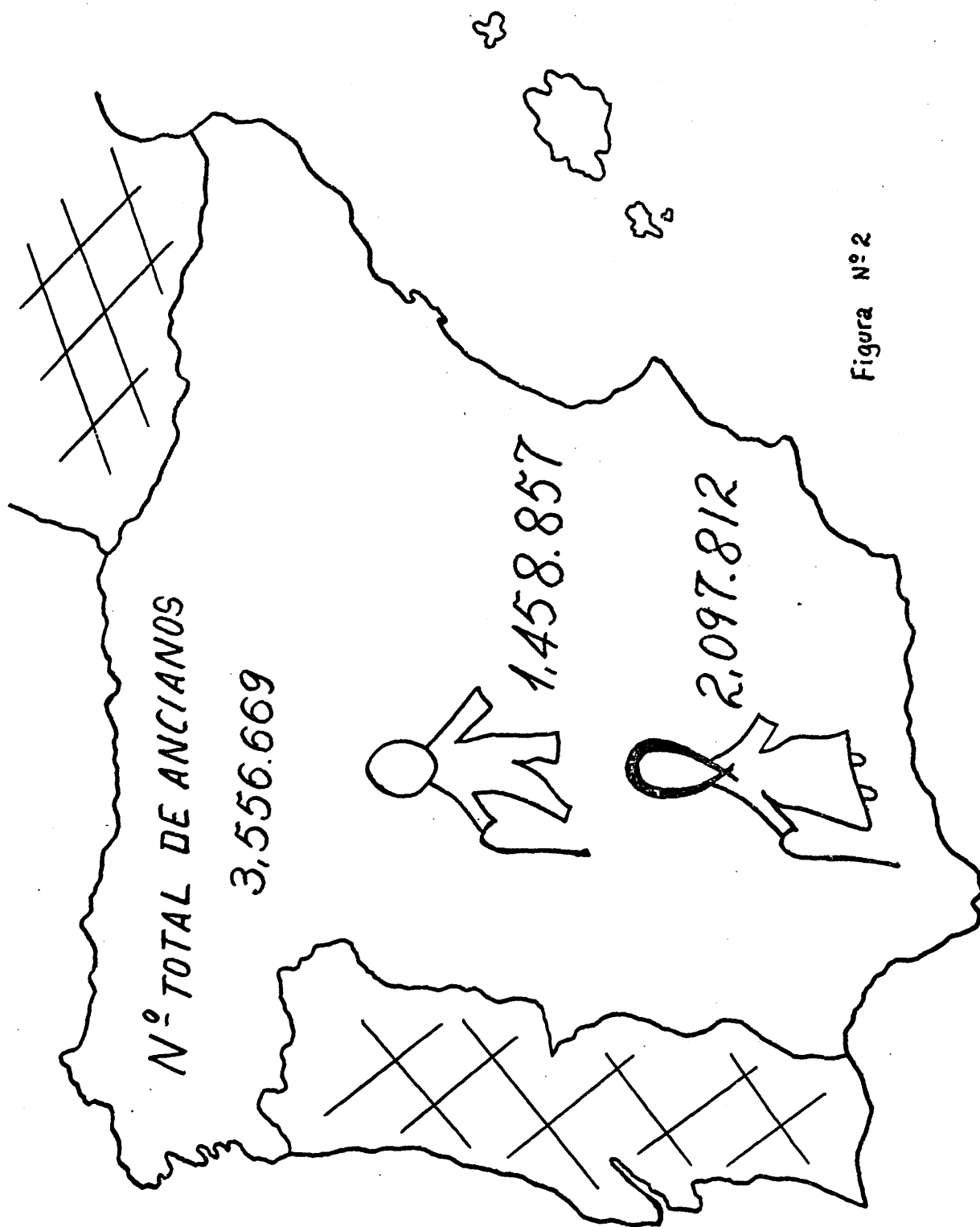


Figura Nº 2

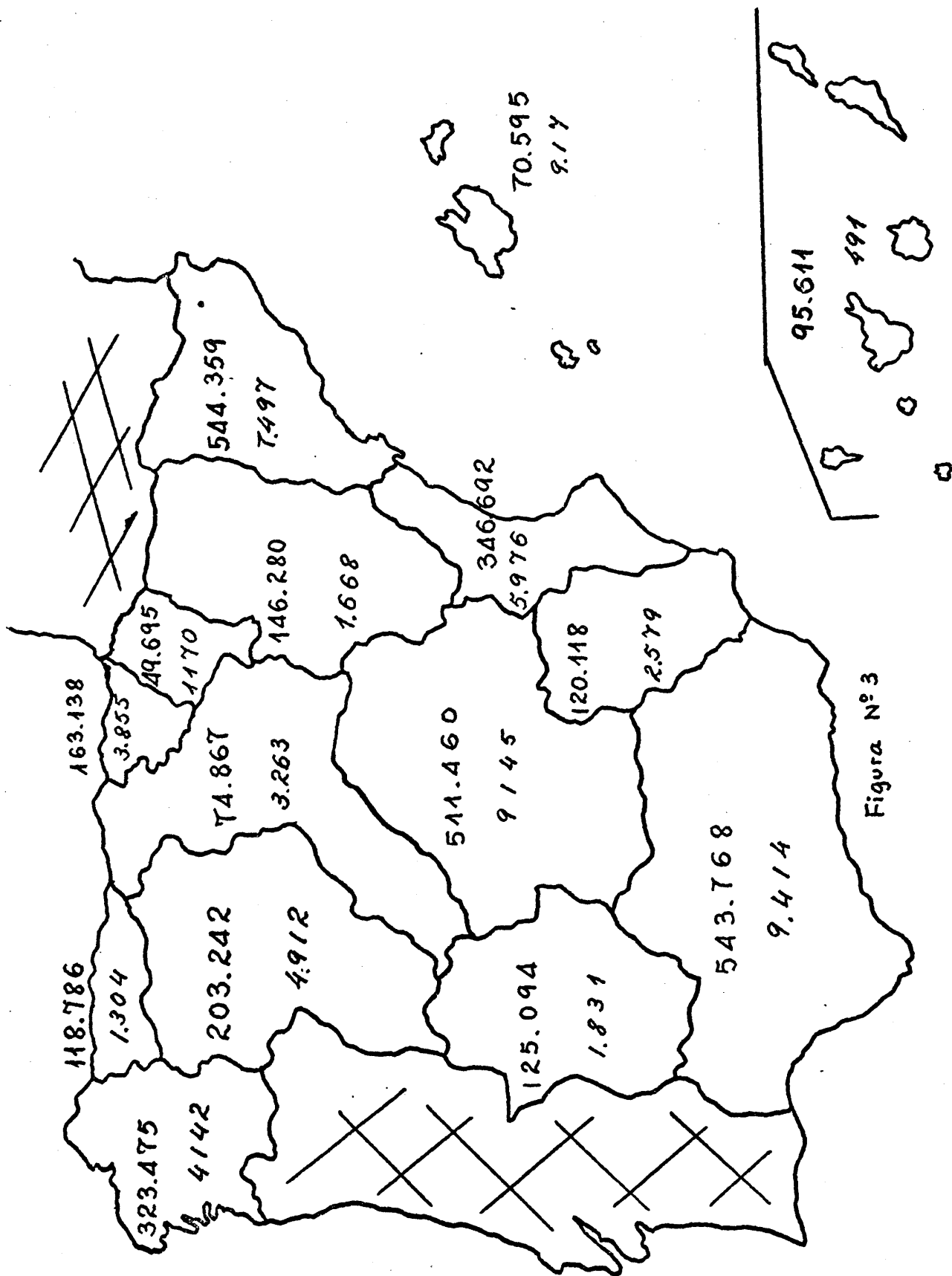


Figura Nº 3

SITUACION DE LAS RESIDENCIAS

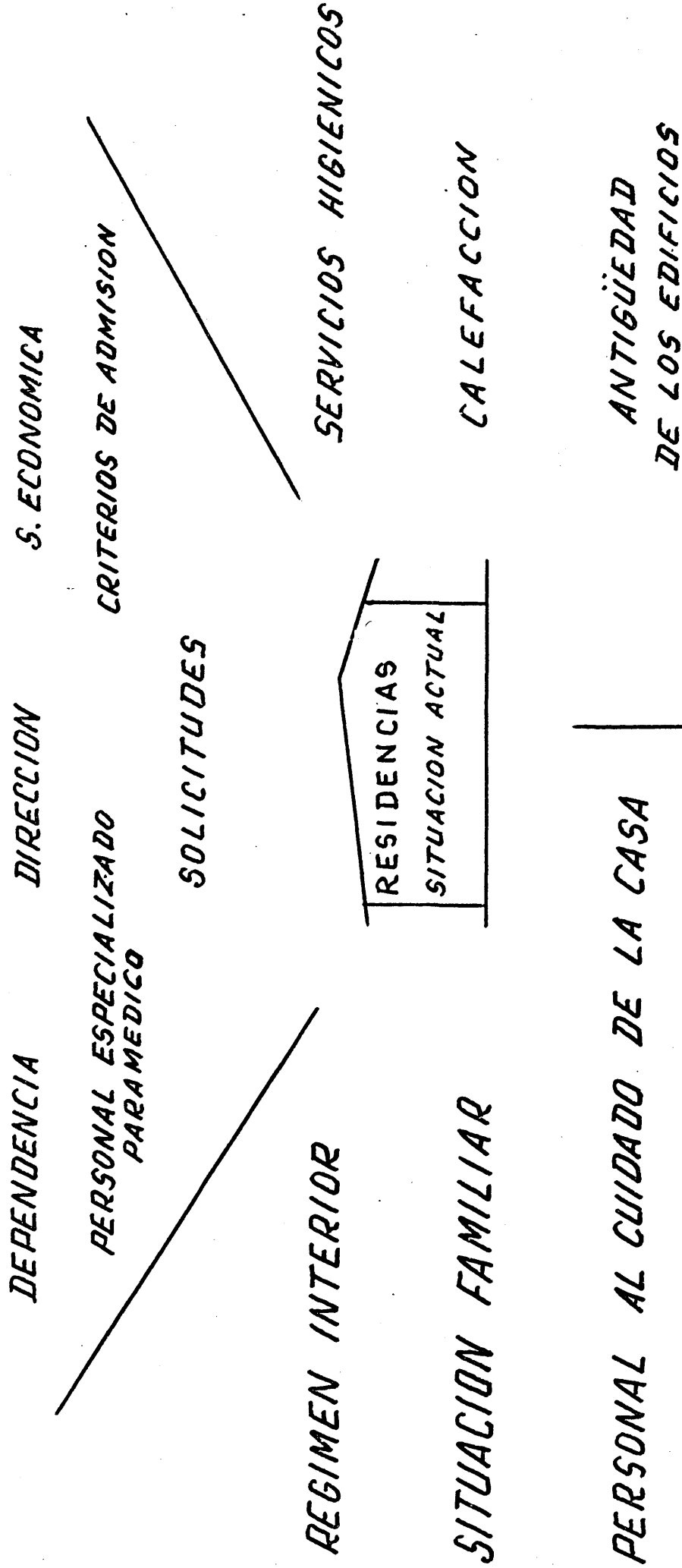


Figura N° 4

SOLICITUDES

A lo largo de los cuestionarios se pueden contar con los dedos aquellas residencias que no tienen ninguna solicitud; las demás solicitudes pendientes de ingreso son como sigue en la (fig. nº 5).

CRITERIO DE ADMISION

Solo admiten enfermos crónicos o invalidos en un 2,93% en las que el tiempo de espera para encontrar una plaza puede oscilar de dos a seis meses.

Solo admiten enfermos deteriorados mentales en un 4,22%.

SITUACION ECONOMICA

Hemos considerado unicamente aquellas con una situación económica deficiente (75%) y aceptable (25%); de estas últimas solo un 3% pueden tener el calificativo de suficiente. Un gran porcentaje de las primeras sobreviven a base de una beneficencia total o parcial (limosnas, pequeñas aportaciones, etc.) que nunca podrá garantizar una asistencia adecuada.

En la Fig. nº 6, podemos apreciar un progresivo avance en el regimen de libertad abierto de las mismas, así como una motivación notable en la cualificación del personal que se encuentra al cuidado de los ancianos.

En la Fig. nº 7, corroboran nuestras afirmaciones la existencia de centros inadecuados para una correcta asistencia, así vemos que existen un total de 37 residencias cuya construcción data de dos siglos.

Desde el punto de vista médico se han estudiado los diferentes aspectos que este tipo de asistencia puede presentar en las Residencias: Dedicación, Remuneración. Medios auxiliares, etc. (fig. nº 8).

La siguiente figura (fig. nº 9) expone la consabida y lógica - deficiente remuneración (nula en el 25% de los casos) y la carencia

SITUACION DE LAS RESIDENCIAS

DEPENDENCIA		SITUACION ECONOMICA		Insuficiente		75,90 %
Mº Gobernación	5,29 %			Aceptable		24,09 "
Mº Trabajo	12,16 "			Buena		31,32 "
Diputación Provincial	7,93 "					
Ayuntamiento	21,16 "					
Iglesia	36,50 "					
Otras	16,93 "					
		BENEFICENCIA				
				Total	30,12 %	
				Parcial	38,55 "	

PERSONAL ESPECIALIZADO 7,22 % DIRECCION

SOLICITUDES

De 0-50	84,93 %
De 50-100	5,42 "
De 100-500	66,86 "
De 500-1000	0,60 "
Más de 1000	2,40 "

CRITERIOS DE ADMISION

- Se admiten crónicos 2,93 %
- Solo admiten válidos 97,07 %
- Se admiten deteriorados mentales 4,22 %

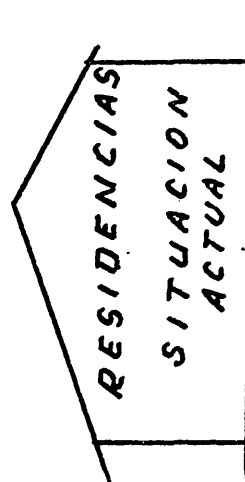


Figura Nº 5

REGIMEN INTERIOR

Abierto 81.92 %
Cerrado 18.07 %

SITUACION FAMILIAR

Carecen de familia 15.84 %
Carecen de visita 20.45 %

PERSONAL

Suficiente 48.19 %
Insuficiente 51.80 %
Cualificado 45.18 %

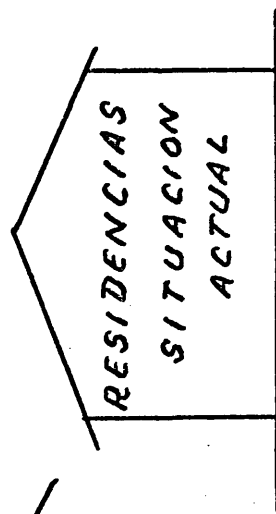
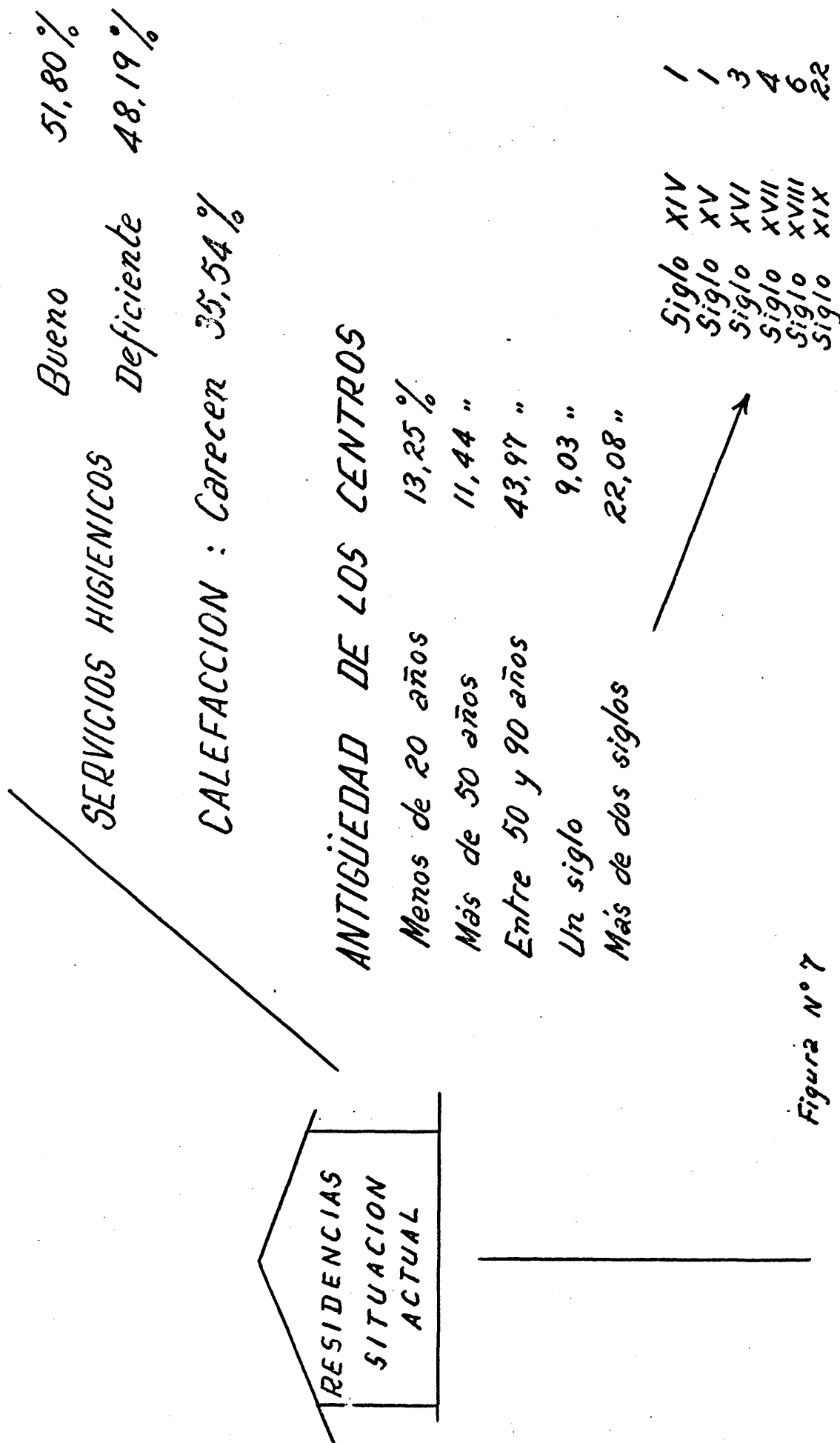


Figura N° 6



SITUACIÓN de los SERVICIOS MÉDICOS

MÉDICOS

REMUNERACION

FRECUENCIA de VISITAS

ESPECIALIZACION

MEDIOS AUXILIARES

SITUACION SANITARIA
DEL ANCIANO

INGRESOS HOSPITALARIOS

RESIDENCIAS
SERVICIO
MEDICO

• SANO.

• ENFERMO

Crónico
Inválido
Mental

MEDICACION

DEFUNCIONES

Figura N° 8

SITUACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS

Carecen de Servicio Medico 24.09%

FRECUENCIA DE VISITAS

Diaria	18.67 %
Alternas	19.27 "
Semanal	16.26 "
Esporadica	21.68 "
Solo en caso de urgencia	24.09 "

Remuneración

- Nula 35.54 %
- Simbólica 29.51 "
- Suficiente 10.84 "

ESPECIALIZACION GERIATRICA

Especificas 21.42 %

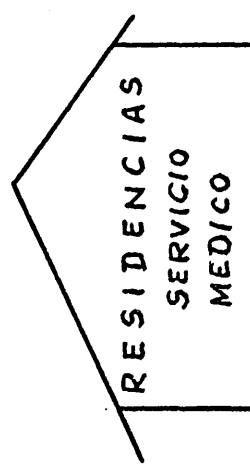


Figura N° 9

de : Servicio Médico en un 25% de Residencias y por supuesto la baja proporción de personal especializado.

Los medios auxiliares de diagnóstico son también escasos (fig. nº 10). Es de señalar la baja existencia de rehabilitación y Terapia Ocupacional, tan fundamentales en la asistencia al anciano; es más, en general se considera Terapia Ocupacional a las habituales labores de hogar.

El porcentaje de defunciones año; varía entre 10 y 40%. No - deja de sorprender que casi un 20% de Residencias tengan en 1.975 graves problemas para la obtención de medicamentos (muestras, donaciones, etc).

El más importante aspecto estudiado es el de la situación sanitaria de los residentes y concretamente el número de portadores - de enfermedades invalidantes físicas o mentales, que tanta necesidad de personal lleva consigo. (fig. nº 11) es suficientemente demostrativo. Por supuesto que estos porcentajes pueden ser definitivamente menores en las nuevas y privilegiadas residencias. Nosotros exponemos los resultados de TODA la población anciana residente, privilegiada o no. Está claro que más de un 40% de esta población necesita de la ayuda total de otras personas para los actos mínimos de la vida diaria.

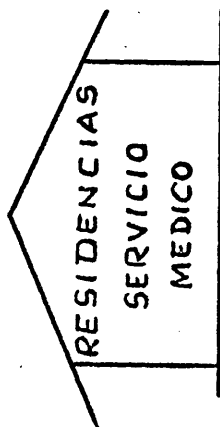
A modo de resumen podemos puntualizar.

- a). - Es imposible homogeneizar los resultados. Las residencias no siguen el principio de los "vasos comunicantes", hay entre ellas tantas diferencias de "renta per cápita" como puede existir entre el Africa Negra y los Países Nordi--cos.
- b). - Esta situación es tremendamente injusta y salvando el mayor esfuerzo y dedicación del personal (habitualmente religioso) de las peor dotadas es indudable que a la postre el perjudicado es el anciano. Es necesario, y no sabemos como, conseguir elevar el nivel de media residencia hasta un nivel "honroso". Todo eso que la justicia social, comu

MEDIOS AUXILIARES

Tienen :

Rayos X	24.09 %
Laboratorio	4.21 "
Rehabilitación	9.63 "
Terapia ocupacional	13.25 "



DIFICULTAD DE INGRESO EN HOSPITALES 7.83 %
 DIFICULTAD PARA OBTENCION MEDICAMENTOS 18.07 "

DEFUNCIONES

> de 10	51.80 %
de 10-20	38.55 "
de 20-30	6.62 "
de 30-40	1.20 "
mas de 40	0.6 "

Figura Nº 10

SITUACION SANITARIA DE LOS ANCIANOS

SANOS 32.77 %
ENFERMOS 67.22 %

. Sin invalidez 28.59 %
 . Con pequeña dependencia 22.70 "
 . Con importante dependencia 19.95 "
 . Con dependencia total 17.60 "

A

. Parciales 14.75 %
 . Totales 0.08 %

B.

. Leves 17.20 %
 . Graves 3.56 %

C

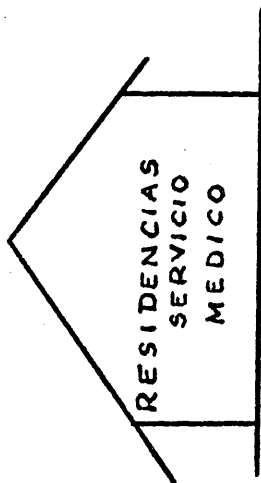


Figura Nº 11

nidad cristiana de bienes, distribución equitativa, etc. -
etc., no sería de más aplicarlo a las Residencias de -
Ancianos.

- c). - Es indudable que nisiquiera las Residencias privilegiadas tienen una asistencia Geriátrica y gerontológica correcta. En ella ó no existe personal bien formado, a todos los - niveles, y si existe choca en su planificación asistencial con ese muro Administrativo que cree que una Residencia de Ancianos, teóricamente sanos, puede equipararse en necesidades asistenciales a un Colegio Mayor Universitario.
- d). - Por muy riguroso que sea el exámen Médico de Ingreso es indudable que la Residencia irá "envejeciendo" y sufriendo el progresivo deterior físico y mental de sus habi--
tantes bien por el curso evolutivo de una enfermedad preeexistente, bien de una nueva (trombosis cerebral por ej).

El poder evacuar al HOspital a un anciano con un Ictus no significa que el Hospital no nos lo devuelva si no fallece.

- e). - En consecuencia la Residencia, para ser tal, exige, junto a un suficiente estado de confort físico y social (tamaño, situación, etc. etc.), reunir una serie de condicio--
nes. El anciano en ella tiene DERECHO a:

- 1). - Una acción "preventiva" clínica, psíquica y so--
cial que "frene" en lo posible la amenaza de deterioro físico y mental. Este concepto de "terapia de mantenimiento" lleva consigo un adecuado Régimen Interior y una juiciosa programación de actividades físicas y psíquicas.
- 2). - Una acción "curativa" que combata tanto médica, como socialmente la enfermedad aguda y que minimice sus consecuencias. Esto supone la exis--

tencia de personal preparado y de medios adecuados; y aquí cabe también la necesidad de conexión (Hospitales, Especialistas, etc.), cuando se desbordan los medios propios.

3. -Una acción "rehabilitadora" eficaz que garantice la autosuficiencia del anciano tras la enfermedad sufrida en la Residencia o a su vuelta del Hospital. Naturalmente que esto solo se consigue con Servicios de Rehabilitación o Terapia Ocupacional adecuados, sin necesidad de excesivas pretensiones en su montaje.

4. -Es indudable la variada pero gran proporción de ancianos con el alto grado de invalidez en las Residencias. Una de dos: o disponemos de posibilidad de evacuación de ellos a una segunda línea ("Residencias Asistidas"), cosa que por el momento es imposible y desde luego nunca será suficiente, o tenemos que prestarle una asistencia digna, con cuidados de enfermería continuados y adecuados. Ello supone la existencia de personal y material (sillones, etc.) especializados.

f). - Hay que poner los pies en el suelo. La Residencia pequeña, bien situada con suficiente confort y dotada de personal y medios, ocupada por ancianos con adecuado nivel físico, psíquico y social y con un buen pensado régimen de vida no es una utopía y hay que tender hacia ella. Pero tenemos ya muchas grandes infradotadas, cronificadas.....; hay que luchar en dos frentes:

. - Conseguir llegar a estar hasta el citado "nivel --honroso", y

. - tratar que aquellas permanezcan estabilizadas proporcionándoles todas las posibilidades citadas.

g). - Una última consideración: que nadie piense que el "Huevo

de Colón" de la asistencia al anciano consiste en crear más y más Residencias. Esta asistencia es algo más, - mucho más,

VI.4: ESTIMACION DE LA SITUACION ACTUAL DEL ANCIANO ENFERMO EN ESPAÑA

1. - Clasificación:

Si aceptamos por anciano sano solamente a aquel que no padece enfermedad demostrable por los medios habituales de diagnóstico nos encontraremos que solo entre el 20 y 30% de la población senil se incluye en este grupo (Inglaterra 25%, Italia 22% y Francia 30%).

Mucho más importante es separar dentro de los ancianos enfermos los siguientes grupos:

a). - Anciano enfermo agudo:

Que presenta enfermedad médica o quirúrgica que precisa ingreso hospitalario clínico.

b). - Anciano enfermo crónico:

Que "arrastra" un proceso continuo que necesita tratamiento prácticamente constante.

c). - Anciano enfermo crónico dependiente:

Total o parcial, que va a necesitar ayuda de otras personas para los actos de la vida diaria.

d). - Anciano enfermo mental:

Que merece capítulo aparte.

Es muy difícil garantizar datos para la clasificación en cada uno de estos grupos. En la literatura consultada se entremezcla habitualmente lo médico y lo social. Repasemos estos datos:

- Rossman calcula que el número de personas que permanecen habitualmente en el hogar por limitación de su movilidad es del 24% en Dinamarca, el 21 % en Inglaterra y el 14% en Estados Unidos.

A. Delachaux calcula que en Suiza el número de enfermos con cronicidades serias, por encima de los 65 años es del 17%.

- Salgado y Guillén tomando datos de diferentes autores estiman que el porcentaje de ancianos que precisan -- cuidados médico-sociales y de enfermería por cronicidades es del 17% en Italia, 17% en Estados Unidos y 15% en Inglaterra.
- Vinciguerra calcula que en Italia en 1.978 se deberán atender específicamente a los siguientes porcentajes de ancianos: 13 a 18%, como atención mínima y 20 a 25% como atención óptima.
- Cáritas en un estudio de años atrás estima que de 1000 ancianos, el 28% están sanos, el 40% son enfermos válidos, que el 20% presentan dependencia parcial y el - 12% dependencia total.
- Guillén y García Antón en un estudio de una barriada madrileña que comprende 2.160 ancianos encuentran un 11% con incapacidad importante.
- Salgado y Guillén en un informe a la conferencia internacional de la Cruz Roja calculan en un 15% el porcentaje de ancianos que precisan atención especializada.

De todos estos datos podemos calcular, contrastando con -- nuestra experiencia, que entre el 15 y el 20% de los ancianos actuales españoles padecen enfermedad con dependencia parcial o total.

Es decir que en la España de 1.975, con 3.556.699 perso-- nas mayores de 65 años: 550.000 a 700.000 padecen "dependencia" -- seria.

175.000 a 200.000 tienen dependencia total (5%).

71.000 ancianos (2%) padecen enfermedad aguda "hospitalaria".

2. - Cobertura Sanitaria:

En principio podemos separar diversos grupos:

- a) Con economía suficiente.

- b) Protegidos por Seguridad Social y Obra 18 de Julio.
- c) Protegidos por beneficencias.
- d) Sin protección.

En el tercer Plan de Desarrollo calcula en dos millones las personas protegidas por la Seguridad Social por jubilación y vejez.

- Guillén y García Antón dan las siguientes cifras para mayores de 65 años:

Con cobertura oficial 69,6%

Con cobertura particular.... 16,8%

Sin cobertura 14,6%

Los datos citados están pendientes de contrastación y comprobación en la actualidad con los organismos correspondientes.

2.1 LA PROTECCION SANITARIA DE LOS ANCIANOS EN ESPAÑA

En principio podemos clasificar a los ancianos, desde el punto de vista de su protección sanitaria en España, en tres grandes grupos:

a). - Los ancianos que tienen una economía desahogada y pueden con sus recursos hacer frente a todo tipo de necesidades sanitarias de forma privada. Tanto a la medicina preventiva como a la asistencial y rehabilitadora. Este grupo supone entre 10 y 15% aproximadamente de los ancianos.

b). - Los ancianos que han cotizado durante su vida activa a la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo, los cuales tienen una cobertura sanitaria - (por el Instituto Nacional de Previsión o la Obra 18 de Julio) en cuanto se refiere a la medicina asistencial, - farmacéutica, con una organización semejante a la que - se les presta a los trabajadores adultos en fase laboral.

La Seguridad Social ha creado el año 1.970 - un Servicio de Asistencia a Pensionistas, cuyas prestaciones sanitarias comentaremos posteriormente. Este grupo lo integran el 60 - 65% aproximadamente.

c). - Los ancianos que carecen de medios económicos y no han cotizado y por tanto no están protegidos por la Seguridad Social. Aproximadamente el 20-25%. Están asistidos sanitariamente por el Ministerio de la Gobernación concretamente por la Dirección General - de Administración Local, Dirección General de Asistencia Social y Dirección General de Sanidad. (Datos del Instituto Nacional de Previsión, Obra 18 de Julio, Ayuntamientos, Dirección General de Asistencia Social).

Empecemos por este último grupo:

La Dirección General de Administración Local, a través de los Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales, tienen la obligación de proporcionar asistencia médica tanto de medicina General como de especialidades en consulta, a las que pueden desplazarse los ancianos que tienen tarjeta de Beneficencia y que reúnen por tanto las condiciones a que anteriormente hemos hecho referencia (no están protegidas por la Seguridad Social y carecen de medios económicos.). En los casos necesarios los ancianos son vistos en su propio domicilio por el médico de la Beneficencia Municipal.

Tanto en un caso como en otro reciben gratuitamente las medicinas y los servicios del personal auxiliar (A. T. S.). Esta asistencia sanitaria extrahospitalaria la proporcionan los Ayuntamientos a través de su Delegación de Beneficencia.

Cuando estos ancianos presentan una enfermedad aguda y precisan ser ingresados en un Hospital, lo ha

cen en los Hospitales Provinciales dependientes de las Diputaciones Provinciales.

El problema principal se presenta cuando estos an cianos adquieren enfermedades crónicas graves, inva- lidantes o mentales que requieren una asistencia hospi- talaria continuada. Para estos casos no existen centros adecuados y suelen permanecer en su propio domicilio, en Residencias para ancianos sanos o en los Hospita- les Provinciales a que antes hemos hecho referencia.

La asistencia médica que se hace a este tercer -- grupo de ancianos de Beneficencia no protegidos por -- la Seguridad Social no se lleva a cabo por médicos es- pecializados (Geriatras) ni en centros especializados -- (Servicios de Geriatria o Unidades Geriátricas, Hospita- les de Día, etc.)

La Dirección General de Asistencia Social tiene a su cargo varias Residencias para ancianos sanos en Madrid, Toledo y Orense (1898 plazas) las cuales estan dotadas con personal médico, auxiliar sanitario y asistentes so- ciales que prestan a los ancianos ingresados la medicina preventiva y asistencial que necesiten.

Una de las Residencias de Ancianos de Madrid, la -- Gran Residencia de Ancianos del Estado admiten no solo a ancianos sanos sino tambien a ancianos con enferme- -- dades crónicas o invalidantes. En esta Residencia dotada con Servicio de Radiología, laboratorio, Otorrinolaringo- logía, Odontología, Rehabilitación con numerosos fisiote rapeutas y terapia ocupacional, Podología, se pasa con- sulta de todas las especialidades médicas y de Cirugía -- General y se sigue las normas o principios de la Geria- tría .

La Dirección General de Sanidad a través de sus Hospitales Generales y las consultas de varias especialidades de las Jefaturas Provinciales de Sanidad, atiende a los ancianos sin recursos económicos.

En esta Dirección General se puede destacar la acción que realiza a través del Gran Hospital del Estado de Madrid que admite a los ancianos con enfermedades graves o quirúrgicas (traumatologías, etc.) para ser intervenidos ya procedan de Residencias de ancianos o de su domicilio. La gran labor preventiva que lleva a cabo el Servicio de Fotoseriación perteneciente al Patronato Nacional de Enfermedades del Torax, que se desplaza a la mayoría de las Residencias de Ancianos sanos y de los Clubs u hogares de ancianos para detectar precozmente en los ancianos procesos cardiopulmonares asintomáticos. Y por último los Cursillos o Seminarios sobre temas Geriátricos para formación de personal que ha organizado en los últimos años.

Así "Seminario Nacional de Asistencia a Ancianos", "Asistencia al Anciano Enfermo Crónico", etc.

El segundo gran grupo de ancianos, los protegidos por la Seguridad Social, tienen una asistencia médica quirúrgica general semejante a la que reciben los trabajadores en activo.

Además desde el año 1.970 funciona el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social que ha estudiado y esta poniendo en práctica El Plan Gerontológico Nacional de la Seguridad Social.

Los aspectos médicos que cubre tienen una clara orientación Geriátrica. En los Clubs u Hogares de Pensionistas funcionan en la actualidad 150, existe un mé-

dico con conocimientos geriátricos que realiza una medicina preventiva a todos los socios del Club, vigila y facilita la terapéutica que prescriben los médicos de zona o especialistas de la Seguridad Social y orientan la Rehabilitación menor o terapia ocupacional que precisen. En las veinte Residencias para ancianos sanos que ya están en funcionamiento el médico geriatra hace medicina preventiva, asistencia y rehabilitación -- cuando adquieren alguna enfermedad. Para ello cuentan con unos Servicios médicos dotados de un laboratorio básico y análisis clínicos, un aparato de Rayos X, -- electrocardiógrafo, servicio de podología, rehabilita--ción y terapia ocupacional. Está apunto de concluirse y entrar en funcionamiento el primer Gentro Geriátrico en San Sebastián. Está formado por un Hospital - General Geriátrico dotado de 250 camas para ancianos con enfermedades agudas, un gran Hospital de Día y - una Residencia Asistida con 350 camas para ancianos - con enfermedades crónicas o invalidantes graves que requieren asistencia hospitalaria o continuada.

En Valencia en el Hospital de San Juan de Dios funciona una Unidad Geriátrica a medio camino del hogar - o de media estancia de 45 plazas y un Hospital de Día - de unas 40 plazas.

En algunos Hospitales Generales existen Servicios o Departamentos de Geriatría como el Servicio del Hospital de N^a. Sr^a. de la Esperanza de Barcelona, el Servicio de Geriatría del Hospital Provincial de Pamplona y el Departamento del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid que cuenta con un dispensario o Policlínica Geriátrica, Unidad Geriátrica y Hospital de Día. En - este Departamento se han dado 17 Cursillos de Geriatría para médicos y cinco para A. T. S. y para asistentes sociales.

3. - Medicina Preventiva:

No existe actualmente una medicina preventiva sistematizada y organizada para mayores de 65 años. Únicamente la Seguridad Social a través del Servicio Social de Asistencia al Pensionista efectúa alguna labor en este sentido a través de sus hogares; también Cruz Roja desde el Dispensario Geriátrico -- Central y de algunos provinciales.

4. - Asistencia Extrahospitalaria:

Los ancianos son atendidos fundamentalmente por Seguridad Social, 18 de Julio etc. Es obvio, que, aunque carecemos de datos concretos, este tipo de consulta no es satisfactoria a ninguna edad; en cualquier caso, se calcula que la relación anciano/adulto es de 1,8/1 en los ambulatorios. La razón de la no buena calidad de este tipo de asistencia es múltiple: saturación de consultas, poca facilidad para los ancianos, falta de asistencia Geriátrica, etc., etc.

En cuanto a la asistencia domiciliaria de los ancianos son clientela preferente; las visitas a los mismos son 3 a 5 veces superiores a las efectuadas a los adultos.

5. - Asistencia Intrahospitalaria:

Salvo contadas excepciones no existen en España camas específicas para ancianos enfermos agudos; únicamente el Departamento de Geriatria del Hospital Central de la Cruz Roja cuenta con Unidad Geriatria de 35 camas, un Dispensario Geriátrico y un Hospital de Día con 25 plazas para enfermos ambulatorios.

Es de lamentar la falta de Unidades Geriátricas similares insertadas en los Hospitales Generales del país ya que la asistencia intrahospitalaria al anciano tiene unas evidentes características específicas: cuidados agudos, asistencia progresiva, rehabilitación, etc. que solo puede proporcionarse en las mismas.

6. - Situación actual de los Ancianos Enfermos:

En las numerosas estadísticas consultadas resulta imposible separar los enfermos agudos de los crónicos y sociales. No obstante parece evidente que en nuestro país el anciano agudo es - atendido, no específicamente, en los Hospitales Generales.

6.1 Patología más frecuente en Geriatría

No hay apenas diferencias entre los autores. Las enfermedades cardiocirculatorias, de fondo predominante arterioesclerótico, ocupan el primer lugar: insuficiencia cardíaca, arterioesclerosis coronaria (angor, infarto, cardioesclerosis), accidentes vasculocerebrales (trombosis, hemorragia), hipertensión, etc. Las bronconeumopatías y la patología osteoarticular (artrosis, osteoporosis, etc) van a continuación. En tercer lugar con alta incidencia un grupo en el que se incluyen diabetes, hepatopatías, tumores, alteraciones mentales, - etc. etc.

Más importancia que esta clasificación tienen las siguientes consideraciones en Geriatría:

- Mayor incidencia de enfermedad.
- Mayor tendencia invalidante de las mismas.
- Mayor dificultad diagnóstica (síntomatología apagada, - dificultad en las exploraciones etc.)
- Frecuentísima asociación de varias enfermedades en el mismo paciente (pluripatología).
- Mayor necesidad de cuidados médicos y de enfermería.
- Mayor necesidad de rehabilitación.
- Mayor necesidad de cuidados psíquicos y sociales.

6.2 Ocupación de camas en Hospitales Generales por personas mayores de 65 años

- Serigó recoge de "Old Age" que en Londres en 1.968 en los Hospitales Generales estaban ocupadas el 35%

de las camas y el 41% por varones y hembras de más de 65 años. En los Hospitales Psiquiátricos estos porcentajes son del 27% y 48% respectivamente.

- Rossman estima en el 20% este porcentaje de ocupación en Estados Unidos.
- Brocklehurst calcula en Inglaterra el 33% de camas ocupadas por mayores de 65 años. También calcula que el 18% de todos los ingresos por urgencia tienen más de 65 años.
- Huet estima que este porcentaje en Francia es el 49% y considera la estancia media hospitalaria en 49 días para el paciente anciano y en 17 días para el adulto, (en España en la Unidad Geriátrica de la Cruz Roja la estancia media es de 20 días).
- Ashley, citado por Green llega a aventurar que para el año 2.000 el 80% de las camas hospitalarias estarán ocupadas por mayores de 65 años.

Con todos estos datos, y a la espera de recibir información de diversos hospitales españoles consultados, podemos calcular que en España están ocupadas por mayores de 65 años entre el 35 y 40% de las camas en Hospitales Generales y el 30% en Hospitales Psiquiátricos.

6.3 Enfermos Crónicos en Residencias de Ancianos:

Estos datos son muy variables en dependencia del tipo de residencia (modernas, antiguas, de órdenes religiosas, de organismos oficiales, con reconocimiento de ingresos o no etc. etc.) y a ellos ya hemos hecho referencia anteriormente.

- A. García Antón en una encuesta efectuada desde Cruz Roja a 344 residencias de ancianos con un to--

tal de 30.000 residentes encuentra como cifras - medias un 50% de pacientes con cronicidades y - un 16% con procesos mentales. Estamos en proceso de verificar estos datos; en cualquier caso es evidente que un gran porcentaje de este tipo de enfermos se encuentran en residencias teóricamente para ancianos sanos.

Que la situación para ellos no es adecuada se deduce de los siguientes datos entresacados de la misma encuesta:

- Un 5,5% de las residencias consultadas tienen - laboratorio de análisis.
- Un 14,8% disponen de rayos X.
- Un 3,4% tienen algún tipo de rehabilitación.
- Solo un 2,3% de los médicos que les atienden - (en la inmensa mayoría sin retribución) ha efec-
tuado alguna especialización en Geriátría.

. = . = . = . = . = . = . = . = . =

Es de destacar después de todo lo expuesto la existencia - en España de un Plan Gerontológico que atiende fundamentalmente a pensionistas que han cotizado a la Seguridad Social durante su fase activa de trabajo; este Plan, de ámbito fundamentalmente so- cial, está centrado, y en fase muy avanzada, en la creación de - Hogares para Pensionistas, Residencias para ancianos sanos, una Residencia a Medio camino o medio tratamiento con Hospital de -- Dña (Valencia), un Centro Geriátrico en San Sebastián que se espera empiece a funcionar durante este año de 1.976. Está iniciada la Ayuda a Domicilio a partir de los Hogares. Es de destacar que un 40 % de la población anciana no se beneficia de este Plan.

- No existe un Plan Geriátrico (Médico-Asistencial) Nacional.
- No existe coordinación entre las diferentes Instituciones Públicas o Privadas que atienden a los ancianos en España.
- No existe legislación que defina como deben ser desde el - punto de vista arquitectónico, sanitario y social los Centros o Instituciones para ancianos.
- No existe ningún organismo que vigile el estado y funciona- miento de estos centros.
- No existe legislación que proteja la construcción y vivien- das en general para ser utilizadas por ancianos o inválidos, como ocurre en el Norte de Europa. Igualmente solo "rudi- mentos" de facilidades en favor de los ancianos (tráfico, espectáculos, viajes, etc.) .En cambio la legislación actual - prohíbe el empleo o trabajo a los pensionistas o jubilados.
- Las organizaciones de voluntarios en favor de los ancianos son mínimas en España.
- En los Centros de Convalecientes existentes, normalmente - se rechazan a los mayores de 60 años.
- En los Hospitales Psiquiátricos sólo excepcionalmente se -- aceptan enfermos de más de 60 años.
- Sólo existe una Unidad Geriátrica y un Hospital de Día pa- ra ancianos con enfermedades agudas y sus secuelas en to- do el país.
- El número de Geriátras , enfermeras, fisioterapéutas, terapéutas ocupacionales, asistentes sociales, auxiliares de clínica que tengan formación adecuada y trabajen en Centros - Hospitalarios Geriátricos es mínimo (no más de 50).
- Las Facultades de Medicina están ajenas a la asistencia - Geriátrica en su triple vertiente de formación de personal: docencia, asistencia e investigación.
- No existen Unidades Psicogeriátricas para ancianos enfer- mos mentales.

- No existen Unidades de Larga Estancia para atención correcta de ancianos enfermos crónicos, con importante dependencia física que precisan cuidados continuos de Enfermería.

. = . = . = . = . = . = . = . = .

LA PSICOGERIATRIA EN ESPAÑA

Uno de los aspectos que debemos tener presente en todos los ancianos es su estado mental. Agresiones psíquicas inofensivas para los adultos pueden producir estados de confusión en los ancianos. Numerosos procesos orgánicos de diversos aparatos y sistemas se expresan en la Tercera Edad por síntomas de la esfera psíquica. Por otra parte las enfermedades psíquicas - menores y mayores son muy frecuentes en los ancianos.

Más de un 25% de las personas ingresadas en Hospitales Psiquiátricos tienen más de 65 años. La mayor parte de estos enfermos se han hecho viejos dentro de los hospitales puesto que el ingreso de personas ancianas en estos hospitales presenta una gran dificultad según ya hemos comentado anteriormente.

En España hasta la fecha se hace muy poco para la prevención y promoción de la salud mental en la población de la Tercera Edad. La preparación para la jubilación que es una de las medidas más importante en este sentido está muy poco introducida todavía en nuestro país.

Este elevado número de ancianos con procesos psíquicos -- están en Hospitales Psiquiátricos "para todas las edades", en -- las Residencias para ancianos sanos ó en su propio domicilio.

En nuestro país no existen unidades psicogeríatricas para diagnóstico y tratamiento de ancianos con enfermedades mentales, agudas o crónicas. Según ya hemos expuesto en otro capítulo de esta tesis. De igual forma tampoco existen apenas Hospitales de Día Psicogeríatricos ni otros centros para tratamiento ambulatorio de estos pacientes.

VI.5. TITULACION Y FUNCIONES DEL PERSONAL GERIATRICO EN ESPAÑA

Al no estar reconocida la Geriátría como especialidad no existe oficialmente en España titulaciones específicas; no obstante la experiencia de Departamentos extranjeros y los ya existentes en España permiten una evidente clasificación totalmente fiable.

La Geriátría es la rama médica de la Gerontología. Al personal que trabaja en aquella vamos exclusivamente a referirnos dejando a un lado una serie de profesiones que entran más en el dominio de ésta: Sociólogos, Juristas, etc. etc.

1. - GRADO SUPERIOR :

1.1. Geriátra Clínico:

Médico con buena formación de internista, que lleva el peso principal de la atención al anciano enfermo. Ha de tener también importantes conocimientos de los aspectos psíquicos y sociales y por supuesto dominar las posibilidades de la rehabilitación geriátrica.

1.2. Gerontopsiquiatría :

Especialista en psiquiatría con conocimientos de Geriátría para estudio y tratamiento de la patología psíquica senil. Trabaja en conexión directa con el Geriátra clínico.

1.3. Rehabilitación Geriátra:

Especialista en rehabilitación con dedicación preferente a la tercera edad, siempre persiguiendo la independencia física del anciano.

2. - GRADO MEDIO:

2.1. A.T.S.:

La enfermera habitual que se dedique a ancianos debería tener el apellido geriátra como especialidad reconocida, ya que hay un abismo entre la atención de enfermera al paciente normal y al paciente geriátrico. La preparación psíquica, social y rehabilitadora le es imprescindible.

2.2. Asistentes Sociales:

Los problemas sociales de la vejez son tantos y tan importantes que se deduce la necesidad de especialización en este sentido de estas profesionales.

2.3. Fisioterapeutas:

Personal imprescindible dada la absoluta necesidad de potenciar la rehabilitación en los pacientes geriátricos.

2.4. Terapeutas Ocupacionales:

Imprescindible en este tipo de asistencia; concretamente son base y fundamento del Hospital de Día.

3. - GRADO AUXILIAR:

3.1. Auxiliares de Clínica:

Participan en su nivel en la misma línea que las enfermeras.

3.2. Auxiliares de Hogar, Mozos, Camilleros, etc:

Es necesario que todo este tipo de personal tenga una mentalidad geriátrica y ayude moral y psicológicamente a conseguir la recuperación del anciano.

=.=.=.=.=.

ESTADO ACTUAL EN ESPAÑA:

1. - Asistencia Intrahospitalaria:

Solo existe en España un Departamento de Geriátría - para la atención de enfermos agudos (Unidad Geriátrica, Dispensario y Hospital de Día) en el Hospital Central de la Cruz Roja; existen también tres o cuatro Servicios de Geriátría, más de -- crónicos que de agudos (Barcelona, Valencia y Pamplona).

Se deduce que el único personal con verdadera formación - geriátrica, intrahospitalaria, es el que se encuentra trabajando en los mismos. Podemos calcular no más de 18 Médicos Geriátras, 3 Psicogeriátras y 3 Rehabilitadores Geriátricos. Enfermeras: 15. Fisioterapéutas: 10; Terapéutas Ocupacionales: 1. Asistentes Sociales: 4. Auxiliares de Clínica en proporción al número de enfermeras.

2. - Asistencia en Residencias de Ancianos:

Las Residencias concebidas en principio para ancianos sanos son en realidad un poco Hospitales. Hay que considerar al personal que trabaja en ellas como portador de una formación geriátrica en general no perfeccionada. Por ejemplo la Seguridad Social tiene 24 Médicos en Residencias, 19 Podólogos y 79 A. T. S.

Existen en España más de 600 Residencias no todas bien dotadas ni mucho menos pero es evidente que las mismas acogen un importante número de personal médico y paramédico con formación geriátrica.

3. - Asistencia Extrahospitalaria :

La Seguridad Social tiene en sus Hogares 121 Médicos, 83 Podólogos y 115 Enfermeras. Existen por supuesto en España Clubs dependientes de otras instituciones, no siempre dotados de personal clínico.

La Ayuda a Domicilio, que ocuparía Asistente Social, Enfer

mera visitadora, Auxiliar de Hogar y personal voluntario es un esbozo en nuestro país. Se está empezando a hacer a partir de Hogares de Seguridad Social y sobre todo de Cáritas Diocesana.

Quizá la profesión que más formada geriátricamente esté - en el país sean las Asistentes Sociales. Desde Cruz Roja, Cáritas, Seguridad Social, Cajas de Ahorro, Ayuntamientos, Dirección General de Asistencia Social, etc. han partido, la necesidad obliga, numerosas profesionales a las que la experiencia y la asistencia a cursos de formación ha preparado eficazmente para la acción geriátrica. No es excesivo aventurar la existencia de más de 250 Asistentes Sociales suficientemente especializadas en Geriatria.

Existen numerosos médicos que sin actividad intrahospitalaria tienen conocimiento Geriátricos y Gerontológicos superiores a la medida habitual: miembros de la Sociedad Española de Gerontología. Cursillistas de los diferentes cursos de especialización -- existentes (Cruz Roja), asistentes a Congresos de la especialidad.

EN CONCLUSION :

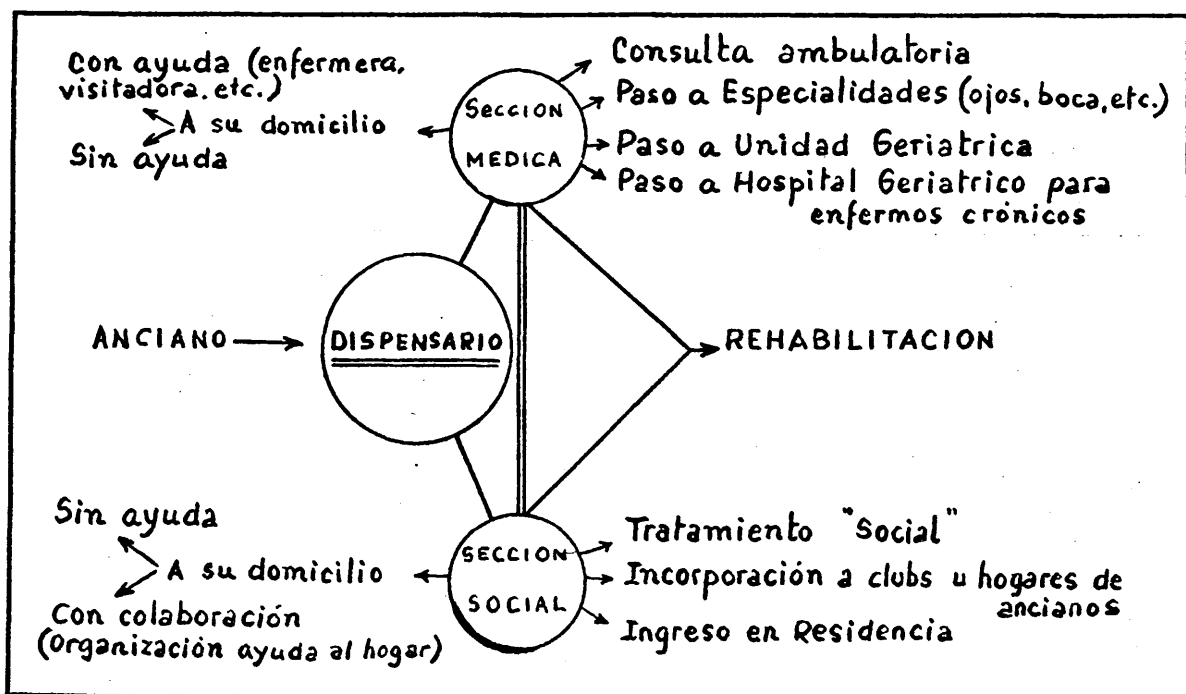
- A). - Muy escaso número de personal médico y de enfermería con conocimientos y formación Geriátrica intrahospitalaria.
- B). - Aceptable número de Médicos con formación Gerontológica y Geriátrica extrahospitalaria.
- C). - Muy escaso personal especializado o con conocimientos serios en Rehabilitación Geriátrica (Médicos, Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales).
- D). - Muy escasos Médicos Psicogeriatras.
- E). - Aceptable número de Asistentes Sociales especializadas.
- F). - Muy escaso número de Personal voluntario y de Auxiliares de Hogar.

VI.6. DESCRIPCION Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA.

DISPENSARIO GERIATRICO:

Entendemos por tal un Centro Médico Asistencial cuya misión consiste en prestar a las personas de edad avanzada asistencia - eficaz, en el más amplio término de la palabra, en toda la problemática médica y social que planteen.

En la figura, 1, se muestra gráficamente los distintos caminos que puede seguir un anciano que llega al Dispensario. La rehabilitación debe estar presente en la mente del Geriátra desde - el instante en que el paciente cruza la puerta del despacho; a ella puede llegar a través de las secciones médica o social, también a través de estas secciones el enfermo regresará a su domicilio, - con o sin ayuda (enfermeras visitadoras, organizaciones de ayuda al hogar), o bien pasará a la Unidad Geriátrica del Hospital, a - una residencia de ancianos, etc.

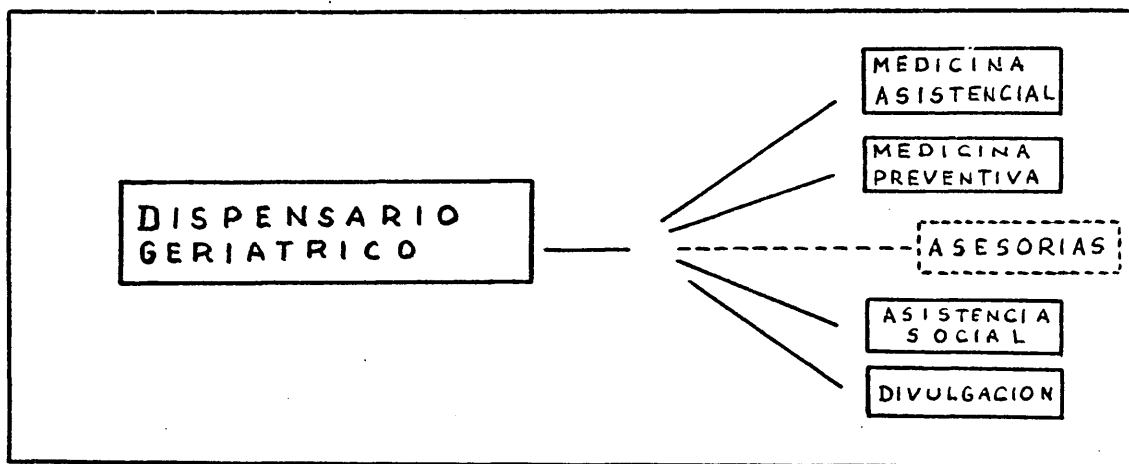


Figura, 1

Estamos convencidos firmemente de que los Dispensarios - Geriátricos son la base, la piedra angular en que ha de apoyarse una asistencia geriátrica a nivel nacional.

El estar incluido el Dispensario dentro del Hospital nos ha supuesto unas grandes facilidades en cuanto a personal y medios auxiliares (rayos X, laboratorio, distintas especialidades, etc), - se refiere.

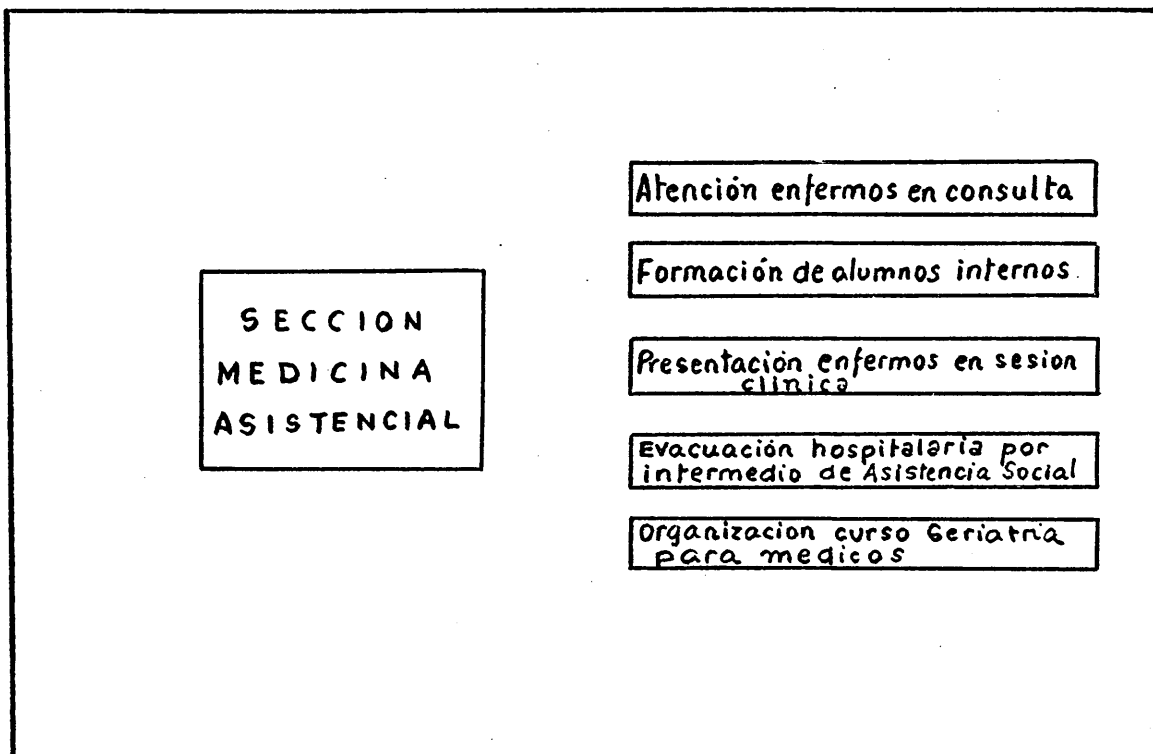
El Dispensario Geriátrico cuenta con cuatro secciones fundamentales (fig. 2):



Figura, 2

a). - Sección Médico-asistencial:

Es en realidad una Consulta de Geriatría. Aunque su misión es exclusivamente médica está en íntimo contacto con el - resto de las secciones precisamente por pensar como influyen -- las condiciones económicas, sociales, ambientales, familiares, - etc., en la patología somática de nuestros pacientes. Utiliza tan to la historia clínica como la ficha social que le proporciona la respectiva sección del Dispensario. Sus misiones sintetizadas es tán reflejadas en la figura 3.

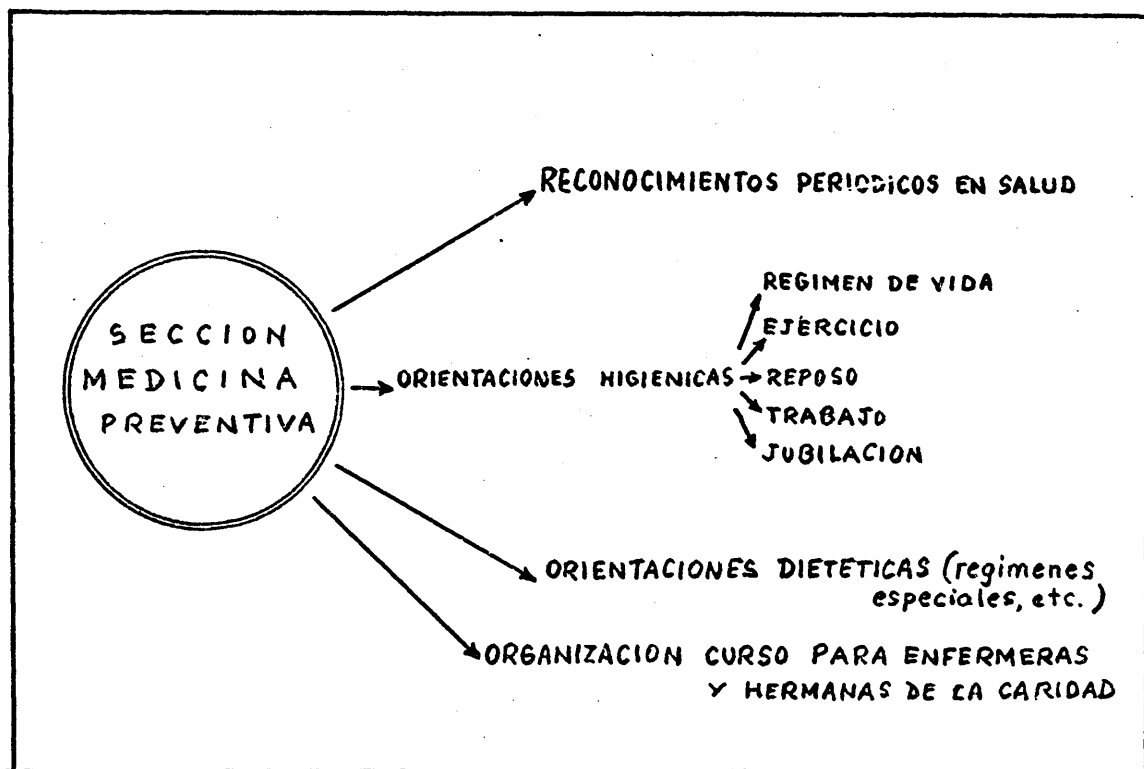


Figura, 3

b). - Sección de Medicina Preventiva:

Como su nombre indica orienta a nuestros ancianos y por supuesto a los que han de serlo en un futuro (a partir de los 45 años) hacia una mejor conservación de la salud. Junto a los reconocimientos periódicos en salud ("chequeos") en los que se puede descubrir enfermedades incipientes o asintomáticas se aconseja a nuestros pacientes ancianos una serie de directrices en cuanto se refiere a actividad, higiene, reposo, ejercicio, alimentación, preparación para la jubilación, etc., tendentes a colocar al anciano en unas condiciones físicas y psíquicas lo más satisfactorias posibles (fig. 4).

Debe hacerse además en colaboración con la sección social la investigación de las condiciones médico-sociales en que se encuentran los ancianos del distrito en que está situado nuestro -- Dispensario.



Figura, 4

e). - Sección de Asistencia Social:

Es fundamental e imprescindible en el funcionamiento - del Dispensario Geriátrico. Está dirigida por una asistente social que recoge mediante la ficha social (figu. 5) las condiciones socio-económico-familiares en que se desenvuelven el paciente y la problemática planteada en este sentido.

[illegible]

Vive en su casa.....
..... casa de sus hijos
..... otros parientes.....
..... otros

¿Con quién vive exactamente?.....
.....

¿Contribuye económicamente a su propio mantenimiento? — totalmente
..... — parcialmente

¿Contribuye económicamente al de los demás miembros?

¿Como es su relación con la familia?

Excelente

Buena

Regular

Mala

¿Motivos?

DATOS AMBIENTALES

¿Como distribuye su tiempo?

Ejercicio (paseo)

Deporte.....

Pasatiempos (cartas, dominó, lecturas, TV, Cine)

Reposo

Aseo (ducha o baño con periodicidad).....

¿Qué le gustaría hacer?

¿Trabajaría?

¿En qué?

¿Pertenece a algún Club de Ancianos?

¿Le gustaría pertenecer?

¿Desearía habitar en una Residencia para Ancianos?

¿Desearía habitar en un apartamento personal? ¿Para matrimonios?.....

¿Necesitaría ayuda en este caso?.....

¿Reune buenas condiciones su actual vivienda?

Razones:

.....

.....

DIAGNOSTICO SOCIAL

Problemas planteados

Soluciones previstas

TRATAMIENTO SOCIAL

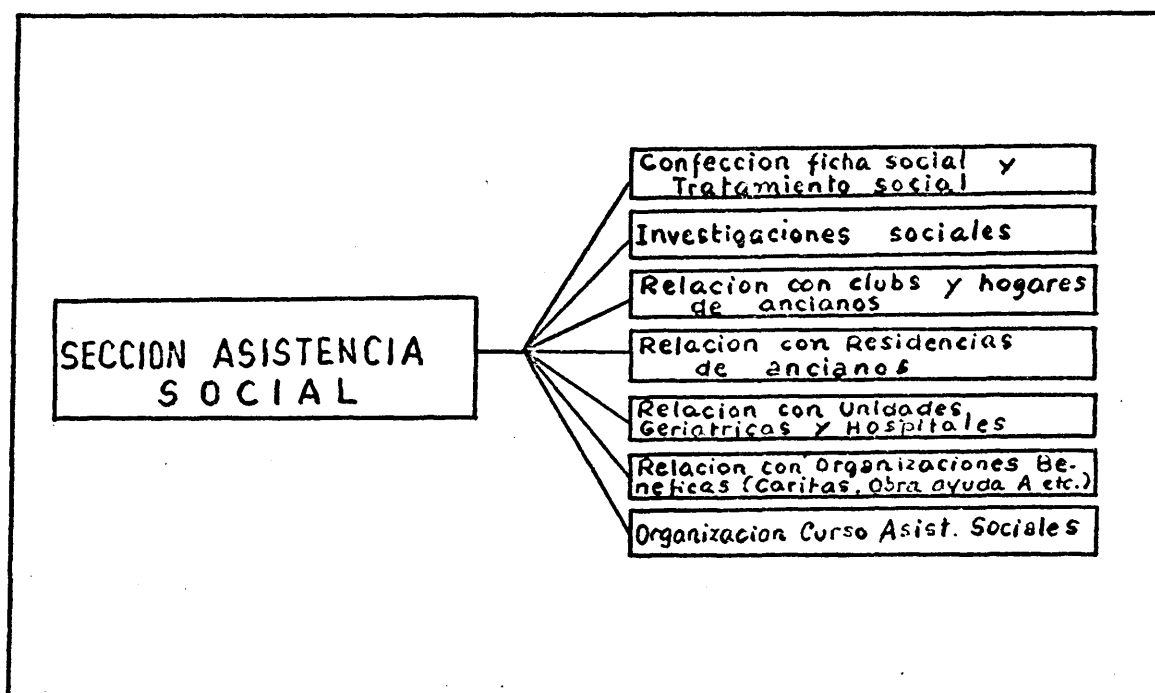
Gestiones realizadas

Resultados obtenidos

OBSERVACIONES

Está en íntimo contacto con Residencias, Hospitales, Clubs de Ancianos, Auxilio Social, Obra Nacional de Ayuda al Anciano, Cáritas, Organizaciones Benéficas, etc., y en general con toda organización capaz de solucionar un problema, que dicha sección no pueda resolver.

Colabora estrechamente con el resto de las Secciones y su acción la ejerce con frecuencia fuera del Hospital (Visitas a domicilio, a Residencias, a Clubs, etc.), (Fig. 6).



Figura, 6.

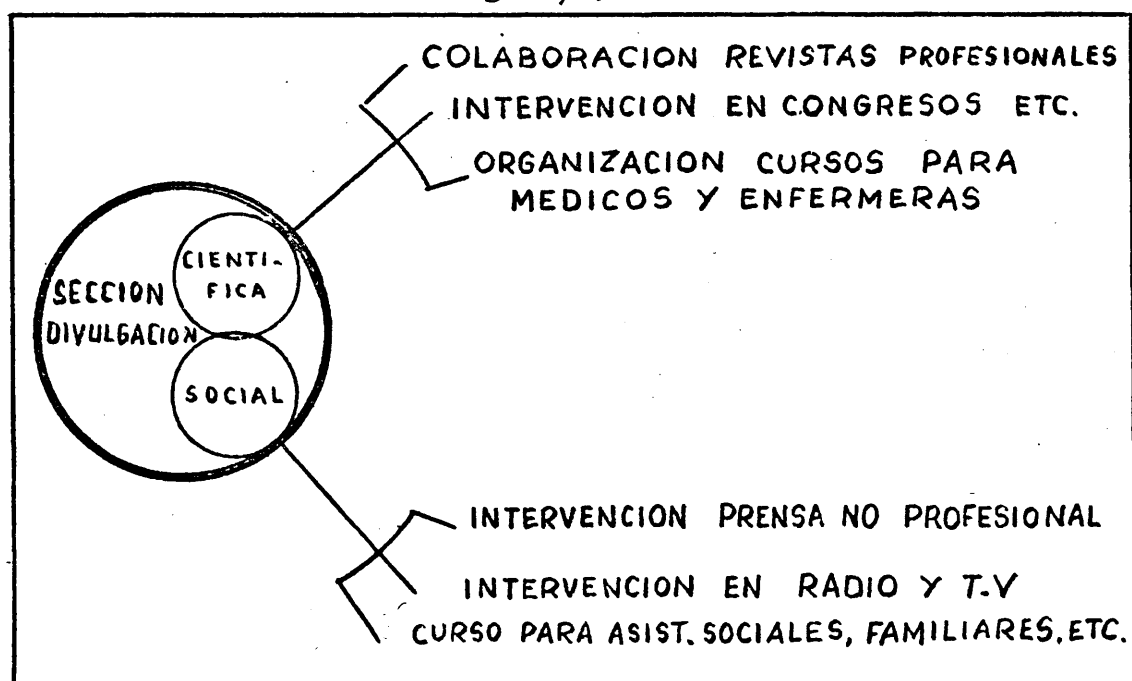
d). - Sección de Divulgación:

La divulgación debe ser médica y social. Médica mediante colaboración con Revistas Profesionales, intervención en Congresos, Reuniones, coloquios, etc. Parte fundamental de ella es la organización de cursos en colaboración con las restantes secciones (Cursos para médicos, Enfermeras, Hermanas de la Caridad, Asistentes Sociales, etc.)

La divulgación social mediante la intervención en prensa no profesional, radio, televisión, etc. Realmente lo que se trata de conseguir, con la divulgación social, es ir sembrando en la con--

ciencia nacional la semilla de la inquietud por conseguir una - asistencia geriátrica efectiva en todo el país (Fig. 7).

Figura, 7.



UNIDAD GERIATRICA:

1. Concepto:

Entendemos por Unidad Geriátrica (UG) Servicios situados dentro de un Hospital General, dotados de camas, para el ingreso, diagnóstico y tratamiento de ancianos con enfermedades - agudas o agudizaciones de enfermedades crónicas, en toda su problemática -patológica, física o funcional, mental y social- intentando conseguir en el menor tiempo posible la máxima rehabilitación física y psíquica y la precoz reincorporación a la comunidad. Los enfermos que admitimos en la U.G. son enfermos graves con intensos desequilibrios bioquímicos o metabólicos que se acompañen de incapacidad física y que puedan beneficiarse mucho de un tratamiento activo, intensivo y rehabilitador y, de una readaptación psíco-físico-social durante la convalecencia. Damos preferencia a los pacientes afectados de enfermedades que tienden fatalmente a la cronificación o invalidez, si se abandonan a su curso.

Con la U. G. se asegura la aplicación desde el primer momento de los modernos principios geriátricos y se descarga a los Servicios de Medicina Interna de los pacientes de evolución lenta, donde con frecuencia y sin deliberado propósito se presta más atención a los jóvenes que a los ancianos y en un porcentaje mucho mayor - desemboca la enfermedad del ancianos en la cronicidad o en la invalidez.

2. Características de la U. G.:

La U. G. tiene una serie de peculiaridades que la diferencian de los Servicios de Medicina Interna. En síntesis son:

a) Por el habitat:

Tanto las camas como el mobiliario , cuartos de aseo, tienen que ser pensados y diseñados con arreglo a las necesidades de las personas ancianas.

b) Por el anciano:

Es indudable que la anamnesis, la exploración, las -- pruebas diagnósticas, la farmacoterapia, etc. tienen una características diferentes a las otras edades.

c) Por la enfermedad:

Existen enfermedades propias de los ancianos, otras -- que se dan en ellos con más frecuencia y todas con una expresión clínica peculiar, dado el terreno en que se -- presentan. La pluripatología es la regla en Geriatria.

d) Por la Rehabilitación:

La U. G. persigue la independencia física y social del -- paciente. Superada la enfermedad aguda, el equipo de -- Rehabilitación vuelca toda su capacidad en este fin. No es posible concibir una U. G. sin este sentido rehabili-- tador.

e) Por los factores sociales:

Estos, en muchas circunstancias, son decisivos en la evolución y recuperación del paciente anciano. El equipo de Asistencia Social actúa al mismo nivel que el clínico o rehabilitador.

f) Por el personal:

De lo anterior se deduce que en la U. G. se necesita -- más personal y con más especialidades paramédicas que en cualquier Servicio de Medicina Interna.

3. Funcionamiento de la U. G.:

En la U. G. es necesario proporcionar al paciente cuidados preventivos, esto es: descubrir y diagnosticar lo más tempranamente posible todos los factores que contribuyan a producir alteraciones físicas o psíquicas, desadaptación o malestar general. -- Cuidados progresivos del paciente. Cuidado integral, ya que debe ocuparse tanto de su problemática patológica y física o funcional -- como de la psíquica y social. Cuidados continuados aun después de haber sido dado de alta del Hospital.

- Cuidado preventivo: Se lleva a cabo mediante la Geriátrica preventiva o gerocultura con los reconocimientos periódicos en salud, prescribiendo las adecuadas orientaciones en cuanto al régimen de alimentación y de vida, normas higiénicas, ocupación del tiempo libre, etc. Es necesario tener muy presente que no es adecuado el sistema de esperar a que los ancianos empiecen a notar -- síntomas y nos declaren su enfermedad, tal como lo hacemos en -- los adultos. Debemos ir a descubrir la enfermedad antes de que dé síntomas en ancianos aparentemente sanos.

- Cuidado progresivo del paciente: en la primera fase el -- énfasis se pone en la enfermedad aguda sin descuidar la rehabilitación pasiva. El anciano estará encamado el tiempo mínimo imprescindible.

La segunda fase de cuidados intermedios tiene como protagonista la rehabilitación. Su fin es poner al anciano en pié.

En la tercera fase de cuidados mínimos el paciente deberá de mostrar su autosuficiencia.

En la actualidad no contamos en nuestra U. G. con camas de larga estancia o tratamiento continuado.

- Cuidado integral : desde el primer momento empezamos a hacer la determinación o valoración geriátrica de cada caso, por considerar cuatro aspectos se la suele denominar valoración cuadruple dinámica.

Estos aspectos son:

- a) La valoración médica: que comprende la historia clínica, exploración física, estudio de datos complementarios, etc.
- b) Valoración psíquica o del estado mental: en la que se estudia la personalidad del anciano, su reacciones ante la enfermedad, su deterioro mental, etc.
- c) Valoración física o funcional: esto es, lo que el propio anciano puede hacer por sí mismo.
- d) Valoración social: que implica un estudio de las circunstancias sociales del enfermo.

- Cuidado continuado: en la U. G. es necesario dar el alta a los ancianos lo antes que nos sea posible, ya que es imprescindible que tenga un sentido dinámico y sirva al máximo de población. Está justificada no solo por la necesidad de camas, sino también por los riesgos de infecciones cruzadas hospitalarias, el acostumbamiento del anciano al proteccionismo, con el consiguiente aislamiento, y la dificultad en la reinserción social ulterior. - Para que podamos hacer con garantía lo dicho anteriormente debe-

mos tener presente que una de las características básicas de la asistencia en la U.G. es que debe ser: no solo episódica, durante la fase aguda de la enfermedad, sino también continuada - después de darle de alta. Para ello tendremos que contar con una ayuda médico-social a domicilio. Seguir vigilándole cada cierto tiempo en la Policlínica o Dispensario Geriátrico y para los ancianos que lo precisen la asistencia al Hospital de Día. De no contar con estos Servicios, la U.G. pierde el 80% de su eficacia.

Tres veces en semana, tenemos en el Departamento Sesiones Clínico-sociales donde se considera cada caso conjuntamente, por los Geriatras, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales.

ESTADISTICA DE LA UNIDAD GERIATRICA

Presentamos a continuación un resumen de la patología encontrada en la U.G. durante los años 1.972, 73 y 74.

En el cuadro número 1 representamos el número total - de ingresos (470 cada año) la proporción de hombres, mujeres, - edad máxima y mortalidad encontrada. Quiero hacer notar aquí esta mortalidad (19,14%) sensiblemente inferior a la que tienen otras U. G. europeas, así mismo dicha mortalidad es menor en el año 74 que la del 72 (25,4%).

TOTAL DE INGRESOS 470

HOMBRES	42,97 %
MUJERES	57,02 %
EDAD MAXIMA	99 años
EDAD MINIMA	75 años
MORTALIDAD	19,14 %

Cuadro, nº 1.

En el cuadro nº 2 se representa la estancia máxima y media que como se ve es de 160 días y 21,5 días respectivamente. La estancia en la U. G. suele ser larga debido a los problemas físicos del anciano y a veces a problemas sociales; no obstante nuestra estancia media es inferior a la estancia media de las U. G. de Inglaterra.

DURACION DE ESTANCIAS

ESTANCIA MEDIA 21,51 DIAS

ESTANCIA MAXIMA..... 160 DIAS

MENOS DE 10 DIAS	24,25 %
DE 10 A 30 DIAS	48,93 %
DE 30 A 60 DIAS	20,85 %
MAS DE 60 DIAS	5,10 %

Cuadro, nº 2.

En el cuadro nº 3 se representa por aparatos el porcentaje de las enfermedades encontradas. Figura a la cabeza, con -- mucha diferencia, la arterioesclerosis y dentro de ella la cerebral, seguidamente las cardiopatías y enfermedades del aparato digestivo y enfermedades de la nutrición con muy poca diferencia. Las enfermedades del aparato locomotor, genitourinario y respiratorio -- siguen a poca distancia.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS POR APARATOS (% del Total)

ARTERIOESCLEROSIS	57,87 %
Cerebral	61,39 %
Coronaria	12,50 %
Aortica	12,50 %

Periférica 15,44%

APARATO RESPIRATORIO	25,10%
CARDIOPATIAS	39,14%
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	37,65%
APARATO DIGESTIVO	38,93%
APARATO GENITOURINARIO	27,23%
•APARATO LOCOMOTOR	31,70%
TUMORES	6,80%
TRASTORNOS MENTALES	21,70%
HEMOPATIAS	3,40%
VENOPATIAS	7,02%
QUIRURGICOS	2,97%
VARIOS	9,36%

Cuadro, nº 3.

En los siguientes cuadros representamos cada uno de los aparatos con sus enfermedades más frecuentes:

En el cuadro nº 4 mostramos el gran problema de la -- arterioesclerosis en nuestra U.G., de ella es la cerebral la -- que se encuentra con mucha mayor frecuencia (61,39%). El accidente vasculocerebral agudo con o sin secuelas representa la ma yoría de los casos. La arterioesclerosis cerebral crónica la en-- contramos en el 29,34%. Siguiendo en frecuencia a esta arterioesclerosis cerebral, la periférica, aórtica y coronaria.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

=====

ARTERIOESCLEROSIS	57,87% (272 PACIENTES)
A CEREBRAL	61,39%
-CON ACCIDENTE AGUDO	
Con escuelas	50,89%
Sin escuelas	16,76%
-SIN ACCIDENTE AGUDO	29,34%

B CORONARIA	12, 50 %
C AORTICA	12, 50 %
D PERIFERICA	15, 44 %
E PARKINSON	2, 94 %

Cuadro, nº 4.

En el nº 5, representamos otro gran problema de la patología senil: las cardiopatías que las encontramos en el 39, 14 % - de los casos, siendo las más frecuentes de ellas la miocardioesclerosis y en menor proporción las coronariopatías y la insuficiencia cardíaca simple. La hipertensión tan frecuente en Geriátría - (aunque solo sea arterioesclerótica) no lo es en nuestra U. G. - (9, 7 %) debido sin duda al reposo a que están sometidos nuestros enfermos.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

CARDIOPATIAS	39, 14 % (184 PACIENTES)
MIOCARDIOESCLEROSIS	74, 45 %
COR. PULMONALE	11, 95 %
INSUFICIENCIA CARDI. SIMPLE	17, 93 %
CORONARIOPATIAS	20, 10 %
VALVULOPATIAS	8, 69 %
HIPERTENSION	9, 78 %
ARRITMIAS Bloqueos	4, 34 %
Fibrilación auricular	7, 60 %

Cuadro nº 5.

En el nº 6, tenemos las enfermedades del aparato digestivo destacando la enorme frecuencia en nuestra U. G. de las hepatopatías (cirrosis fundamentalmente) que representan más del 26 %. - Sabemos la enorme frecuencia de las hernias del hiato en el anciano; encontramos el 27, 48 %. Las hemorragias digestivas que siempre son problema grave en el anciano aparecen en un 9, 28 % y -

sigue siendo la causa más frecuente el ulcus gastroduodenal aun que seguido a menor distancia que en otras edades, por la hernia del hiato y las varices esofógicas.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

=====

APARATO DIGESTIVO 38,93% (183 PACIENTES)

CIRROSIS 26,22%

OTRAS HEPATOPATIAS 25,13%

COLECISTOPATIAS 23,49%

ULCEREAS 10,38%

HERNIAS HIATO 27,48%

HERNIAS DE PARED 7,10%

DIVERTICULOS Altos 12,08%
 Bajos 2,73%

HEMORRAGIAS 9,28% (17 PACIENTES)

-Ulcus 35,29%

-Hernia del Hiato 17,64%

-Cáncer 5,88%

-Varices 17,64%

-Otros 23,52%

Cuadro, nº 6.

En el cuadro nº 7 resumimos las enfermedades de la nutrición y endocrinología. La diabetes y la obesidad son a mucha distancia las enfermedades más frecuentes.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

=====

ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION 37,65% (117 PACIENTES)

DIABETES 58,75%

OBESIDAD 52,54%

GOTA 10,73%

BOCIOS 1,69%

OTROS

1, 12 %

Cuadro, nº 7.

En el 8 (enfermedades del aparato locomotor) los reumatismos degenerativos y la osteoporosis son los cuadros más frecuentes. Quiero hacer notar aquí la frecuencia con que nos llegan enfermos escarados (13,42 % de 149 pacientes)

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

=====

APARATO LOCOMOTOR	31,70 % (149 PACIENTES)
REUMATISMOS INFLAMATORIOS	1,34 %
REUMATISMOS DEGENERATIVOS	84,56 %
OSTEOPOROSIS	30,20 %
FRACTURAS	8,05 %
ESCARAS	13,42 %
PAGET	4,02 %

Cuadro, nº 8.

Las enfermedades del aparato genitourinario, cuadro 9, representan una elevada frecuencia debido a las infecciones urinógenas en primer lugar, a las nefropatías en segundo y a los prostatismos.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

=====

APARATO GENITOURINARIO	27,23 % (128 PACIENTES)
INFECCIONES URINOGENAS	74,21 %
NEFROPATIAS	28,90 %
UROPATIAS SIN PROSTATISMOS	12,50 %
PROSTATISMOS	25,00 %

Cuadro, nº 9.

El cuadro nº 10, muestra la patología respiratoria. El 58,47 % de los enfermos con un cuadro respiratorio venían por -

una bronconeumopatía crónica; los cuadros agudos los encontramos en el 27,96% de los casos. La tuberculosis, que está desapareciendo, sigue planteando problemas en los ancianos 2,54%.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

=====

APARATO RESPIRATORIO	25,10% (118 PACIENTES)
PLEURESIS	8,47%
BRONQUITIS CRONICA	58,47%
BRONCONEUMOPATIAS AGUDAS	27,96%
TUBERCULOSIS	2,54%

Cuadro, nº 10.

El grave problema de los trastornos mentales (11) aparecen con extraordinaria frecuencia en Geriatria. Hemos detectado - diversos grados de deterioro mental afortunadamente, predominan - los grados I y II que son los iniciales. La de presión en el anciano (reactiva en la mayoría de los casos) se da en un 20,58%.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

=====

TRASTORNOS MENTALES	21,70% (102 PACIENTES)
I	29,41%
II	23,52%
III	11,76%
IV	15,68%
V	10,78%
DEPRESION	20,58%
OTROS	4,90%

Cuadro, nº 11.

Se ha dicho que los tumores en el anciano eran raros. Seguramente era porque no se buscaban. Los tumores malignos -

en nuestra U. G. se encuentran el 6,80% de todos los casos siendo los de mayor frecuencia los digestivos (Cuadro nº 12).

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

=====

TUMORES MALIGNOS	6,80% (32 PACIENTES)
Estómago	28,12%
Hígado	15,62%
Pulmón	3,12%
PRIMITIVOS	Próstata 6,25%
Oseo	3,12%
Otros	43,75%
METASTASIS	56,25%

Cuadro, nº 12.

Las hemopatias (3,40 % de los casos) son frecuentes por la gran proporción de anemias (no contamos aquí las anemias secundarias producidas por hemorragias).

En el cuadro 13 representamos el resto de la patología - encontrada.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

=====

1 VENOPATIAS	7,02% (33 PACIENTES)
2 QUIRURGICOS	2,97% (12 PACIENTES)
3 VARIOS	9,36% (44 PACIENTES)
INFECCIOSAS	25,00%
GINECOPATIAS	13,63%
ALTERACIONES ESTADO GRAL.	31,81%
PIEL	20,45%
OTROS	9,09%

Cuadro, nº 13.

-Asistencia Social:

En la Unidad Geriátrica la asistencia social es fundamental como ocurre en todos los niveles del Departamento. Su principal misión en la Unidad es preparar y facilitar el ingreso del anciano que lo precise, solucionar los problemas familiares y sociales de los ingresados y, sobre todo preparar el alta, el regreso a su domicilio manteniendo el contacto con su familiares y con los servicios sociales de ayuda a domicilio.

HOSPITAL DE DIA:

El Hospital de Día (H.D.) es un centro médico sin camas -- para hospitalización y con funcionamiento exclusivamente diurno, -- destinado a completar la recuperación física, psíquica y social del anciano. Este hospital está situado dentro del Hospital Central de la Cruz Roja y junto al Dispensario Geriátrico. A él van los enfermos que salen de la Unidad Geriátrica para lograr la asistencia continuada y acortar el tiempo de permanencia en la Unidad y algunos ancianos enfermos externos con lo cual se amplía la asistencia médica a muchos ancianos, de forma eficaz y en condiciones económicas muy favorables. El objetivo principal es conseguir que los pacientes ancianos vivan independientes en sus domicilios. -- Cuando no pueden desplazarse por sus propios medios, los pacientes son recogidos y devueltos a sus domicilios por un microbús. En el Hospital completan una jornada de trabajo y hacen la comida del mediodía.

Sus fines específicos son:

- A). - Completar la rehabilitación y conseguir la independencia física.
- B). - Efectuar Terapia Ocupacional con los consiguientes beneficios físicos y psíquicos.
- C). - Ofrecer a los ancianos servicios médicos de enfermería (curas, inyecciones, cambios de sonda, etc).
- D). - Mantener bajo tutela hospitalaria por mayor espacio de tiempo a pacientes en fase de recuperación, favoreciendo

do el alta temprana en la Unidad Geriátrica.

F). - Prestar Asistencia Social especializada.

G). - Entrenar a los pacientes ancianos en las actividades de la vida diaria.

H). - Terapia recreativa y educativa.

TIPOS DE PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA:

-- Ancianos que precisan completar la rehabilitación física por accidentes vasculocerebrales, reumatismos degenerativos, artritis reumatoide, fracturas de fémur en fase posthospitalaria, parkinsonismo, síndromes neurológicos, enfermos enfisematosos, etc.

-- Ancianos que precisan reeducación de las actividades de la vida diaria perdida durante su enfermedad: vestirse, hacer la cama, etc.

--- Ancianos que precisen recuperación psíquica, siempre - que no presenten psicopatías mayores.

-- Ancianos que necesitan cuidados de enfermería especiales, que no pueden ser prestados en su domicilio y que no justifican una estancia hospitalaria prolongada (úlceras varicosas, cambios de sonda, ventiloterapia, etc)

MEDIOS CON QUE CUENTA EL HOSPITAL DE DIA:

- Rehabilitación física en todos sus aspectos geriátricos.

- Terapia Ocupacional con sus tres vertientes:

Ergoterapia, mediante la realización de determinados trabajos adaptados al anciano (cestería, repujado, carpintería, muñequería, etc.).

Terapia Educativa: pintura, etc.

Terapia recreativa: Audiciones musicales, juegos de sobremesa, etc.

- Servicio social de grupo, es una técnica de Asistencia So

180

cial que a través de un proceso de adaptación al grupo y organización del mismo consigue unos vínculos afectivos y una satisfacción de los miembros. Sus fines son reducir las presiones del medio y fortalecer el "yo" del anciano.

- Servicio Sanitario para control clínico y asistencia de enfermería.

PERSONAL DEL HOSPITAL DE DIA:

Está compuesto por un Médico Geriátra, un Fisioterapeuta, un Terapeuta Ocupacional, una Enfermera, un Asistente Social y personal Auxiliar.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES:

El programa diario de actividades no es simultáneo para todos los pacientes, que únicamente coinciden a la hora de la comida y durante el servicio social de grupo. Uno de los grupos, por ejemplo, se ajusta al siguiente horario:

- 10,30 h. Rehabilitación física en algunas de sus múltiples variantes.
- 11,30 h. Terapia Ocupacional (Ergoterapia).
- 12,30 h. Terapia Ocupacional (Recreativa).
- 13,30 h. Comida y sobremesa.
- 15,00 h. Terapia Ocupacional (Educativa).
- 16,00 h. Servicio Social de Grupo.
- 17,00 h. Merienda.
- 17,30 h. Regreso a sus domicilios.

NUMERO DE PLAZAS DEL HOSPITAL DE DIA:

Al Hospital acuden los ancianos una, dos, o tres veces por semana, según las necesidades de cada caso. Al día pueden acudir, en la actualidad, un máximo de 20 ancianos y a la semana un máximo de 40 ancianos.

ASISTENCIA SOCIAL:

La labor del asistente social en el Hospital de Día es similar a la que realiza en la Unidad Geriátrica. En el Hospital de Día, además se encarga del servicio social de grupo a que ya nos hemos referido y en el se consiguen efectos muy favorables.

AYUDA MEDICO-SOCIAL A DOMICILIO:

Es difícil, sobre todo en grandes ciudades, una Ayuda a Domicilio (A.D.) (comidas sobre ruedas, lavado de ropa, etc.), sin una centralización de servicios y una extensión a un área determinada cuyas necesidades hemos de conocer previamente. Durante estos años nuestro equipo ha realizado una ayuda anárquica, a tenor con la problemática que nos presentaban el Dispensario y la Unidad Geriátrica. La efectividad sólo podría lograrse a costa de una multiplicación de esfuerzos.

Obsesionados por esta idea de "parcelación", de atención por zonas, única solución viable al problema en nuestra opinión, hemos realizado, con la ayuda inestimable de las alumnas de las Escuelas de Asistentes Sociales y las cumplidoras de la Sección Femenina, previamente formadas en este sentido, tres experiencias ambiciosas en otras tantas zonas de Madrid, con la finalidad primordial de organizar ulteriormente una A.D. lo más perfecta posible en el área ciudadana en que está encuadrado nuestro Hospital.

Confeccionamos una amplia ficha médico-social en la que se reflejaran todos aquellos datos y circunstancias que podían aconsejar o no, en cada anciano, la implantación de A.D. Fundamentalmente se recogían: antecedentes, situación social, personal y familiar; situación económica, situación ambiental, aislamiento y grado de dependencia de otras personas, grado y calidad de protección social o particular (estatal, benéfica, familiar, etc.) empleo de tiempo libre, aficiones, adaptación al medio, etc. etc.

Desde un punto de vista médico se clasificaron los ancianos en sus vertientes físicas y psíquicas, según el tipo de cronicidad e invalidez en una serie de grados de incapacidad, desde el 0 -- hasta el 5, en los que el grado 0 significa normalidad absoluta y el grado 5, invalidez total física o psíquica.

Nuestra encuesta perseguía unos fines concretos:

- a). - Localización de ancianos que precisan A.D.
- b). - Tipo de ayuda médico social de la que son tributarios.
- c). - Instituciones o entidades estatales, particulares o benéficas, que deben practicarla en cada caso, dentro de -- una lógica coordinación de esfuerzos.

La experiencia se realizó sucesivamente en tres barrios ma
drileños de características socio-económicas diferentes.

Actualmente está muy avanzado el estudio en la zona de nues
tro Hospital. En la primera fase, sobre un total de 12.000 habi--
tantes, se han controlado 1.581 ancianos (13,1%).

En esta zona se desarrollará de forma efectiva la A.D. una vez superados los periodos experimentales. Los esfuerzos se cen
trarán en comidas a domicilio, lavado de ropa, cuidados del hogar, recuperación psíquica y social y naturalmente, servicios sanitarios en toda la gama de posibilidades. Para ello contamos, además del personal técnico y auxiliar profesional, con la inestimable colaboración de las Damas Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja y de la recién nacida Cruz Roja Juvenil.

La A.D. presenta, desde un punto de vista médico, una amplia gama de posibilidades, y puede hacer más llevadera, para pa
ciente, familia y Hospital, la evolución de la enfermedad. Dentro --
de la ya citada dinámica asistencial escalonada se extiende la A.
D. de un modo genérico, a aquellos ancianos que precisan cuidados sanitarios que NO PUEDEN ser prestados ni en el Dispensario ni en el Hospital de Día, y que no NO DEBEN estar ingresa-

dos en la Unidad Geriátrica, en estancias excesivamente prolongadas, para cuidados casi exclusivamente de enfermería.

Concretando, la A.D. médica se puede extender al siguiente tipo de pacientes o enfermedades:

- a). - Úlceras crónicas de extremidades.
- b). - Úlceras por decúbito.
- c). - Incontinencias de esfínteres.
- d). - Movilización y rehabilitación.
- e). - Terapéuticas especiales (cambios de sonda, infusiones endovenosas, etc.).

Este tipo de A.D. se lleva a efecto mediante los Equipos Volantes compuestos de Médico, Asistentes Sociales, Enfermeras y Fisioterapeutas, quienes, naturalmente, no actúan siempre juntos.

En tanto la A.D. no se realice, como defendemos a ultranza, por zonas de servicio, los Equipos Volantes sólo pueden trabajar y, este es nuestro caso, en dependencia directa, con una Unidad Geriátrica u Hospital. Los pacientes ingresados en la misma que lo precisen, al ser dados de alta, son controlados por los Equipos. Estos están formados por personal del propio hospital con el que - el enfermo ha convivido durante su estancia. Las ventajas del sistema, habida cuenta del habitual fallo del mecanismo asistencial domiciliario existente, son indudables.

- 1. - Favorecen el alta. El paciente SABE que sigue formando parte del Hospital y vigilado por el MISMO personal que le atendió en éste.
- 2. - Disminuyen el tiempo de estancia hospitalaria y evita la cronificación de las camas, con el consiguiente ahorro económico.
- 3. - Favorecen la reintegración social del anciano, evitando el hospitalismo proteccionista.
- 4. - Permiten la atención, en la Unidad Geriátrica, a un mayor número de senectos.

La A.D. de nuestro Departamento está financiada por la -
Asamblea Suprema de la Cruz Roja y nos permite atender a --
aquellos casos más urgentes que han sido dados de alta en al -
Unidad o son visitados periódicamente en el Dispensario.

El presupuesto económico concedido para este tipo de A.D.
ha sido empleado de la siguiente forma:

- Comidas a domicilio	40 %
- Lavado de ropa	8 %
- Limpieza del hogar	12 %
- Mejoras del domicilio	12 %
- Ayuda Médica	28 %

LABOR DOCENTE Y DE INVESTIGACION CLINICA:

A). - La labor de enseñanza llevado a cabo por nuestro Depar-
tamento de Geriatría ha consistido en dar cursillos anuales para mé-
dicos, continuación de los que iniciara Blanco Soler hace 20 años.

B). - Hemos organizado desde hace cinco años cursillos de for-
mación Geriátrica para enfermeras y asistentes sociales.

C). - Numerosos médicos españoles e hispanoamericanos han
pasado uno o dos cursos en nuestro servicio, formándose en la es-
pecialidad de esta rama de la medicina.

D). - Los alumnos de quinto y sexto curso que realizan los es-
tudios de licenciatura en el Hospital Central de la Cruz Roja, ha-
cen prácticas durante quince días en el Departamento de Geriatría
donde se les enseña el funcionamiento de todas sus secciones y las
características médicas y sociales que presentan estos enfermos -
de avanzada edad.

E). - La Escuela Oficial de Terapia Ocupacional dependiente -
de la Dirección General de Sanidad, envía sus alumnos a nuestro -
Departamento (Hospital de Día y Unidad Geriátrica) para que hagan
prácticas de Terapia Ocupacional con nuestros ancianos.

F). - Intervención activa con Ponencias y Comunicaciones en todos los Congresos Nacionales, Europeos e Internacionales de la Especialidad desde el año 1.965. Los principales trabajos -- presentados han sido:

- La diabetes mellitus en los ancianos.
- Utilidad terapéutica del dogmatil en Psicopatología Geriátrica.
- Influencia ejercida por la L-Dopa en el metabolismo lípidos e hidrocarbonados en Geriatria.
- Exploración de la función renal en Geriatria .
- Riñon arterioesclerótico senil.
- Plan de Asistencia Geriátrica en Francia .
- Incidencia de hepatopatias en una Unidad Geriátrica.
- Servicio de Geriatria en un Hospital General.
- Mecánica de la Asistencia Geriátrica.
- Geriatria y Gerontología Española.
- Asistencia Médico-social en un Servicio de Geriatria.
- Infecciones urinarias en las enfermedades cerebrovasculares de los ancianos.
- Ayuda a los ancianos aislados.
- La Medicina Preventiva en el Plan Gerontológico de la Seguridad Social.
- Plan Gerontológico de la Seguridad Social.
- Patología asociada en el Ictus de los ancianos.
- Hospital de Día Geriátrico.
- Presencia y futuro de la Rehabilitación de ancianos en España.
- El hepatograma y su relación con el diagnóstico clínico y la biopsis hepática.
- Punción biopsia hepática ¿Exploración de rutina en Geriatria?.
- Enfermedades del hígado en la ancianidad. Un estudio clínico, gamagráfico y biopsico sobre 100 casos.
- El coma hepático en Geriatria y su tratamiento con L-dopa.

- Las infecciones urinarias en Geriátría.
- Los isótopos radioactivos en el diagnóstico de las enfermedades nefrourológicas seniles.
- Unidad Geriátrica. Patología encontrada en el año 1.973.
- Asistencia domiciliaria al anciano.
- Mesa Redonda sobre Residencias para Ancianos.
- Estudio de la hipotensión ortostática en el anciano, con un nuevo test bioquímico postural.
- Disglucosis en los ancianos.
- Asistencia Geriátrica a jubilados en España.
- Problemática que plantea el alta de ancianos con enfermedades invalidantes en Centros de Rehabilitación y Unidad Geriátrica.
- Hernia del hiato.

G).- Intervención activa en Congresos de otras especialidades (II Congreso Nacional de Hospitales, Congresos de Medicina Interna, Congreso Internacional de Rehabilitación, etc.).

H).- Publicación de trabajos en Revistas Médicas extranjeras exponiendo los trabajos de investigación clínica y social realizados en el Departamento.

I).- Publicación del primer libro español de Gerontología y Geriátría para profesionales paramédicos (Enfermeras, Asistentes Sociales, etc.).

ACTIVIDADES SOCIALES:

- a).- Colaboración con otras Instituciones (Seguridad Social, - Obra de Ayuda al Anciano, Cáritas, etc.).
- b).- Colaboración en la organización de la "Semana de Homenaje a nuestros Mayores".

- c). - Formación de alumnos de Asistencia Social de varias -
Escuelas de Asistentes Sociales de Madrid.
- d). - Intervención en Prensa, Radio y Televisión.
- e). - Organización de Colonias de Vacaciones para ancianos.
- f). - Cursos anuales para Asistentes Sociales y Enfermeras
durante los últimos cinco años.

LUCHA PRO-ANCIANOS DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA

Con el fin de extender la labor médico-asistencial a los ancianos por todas las provincias españolas, organizamos la Lucha Pro-ancianos de la Cruz Roja Española. Existían en algunos lugares de España, dentro del marco de la Cruz Roja, algunas otras consultas de Geriátría como la de Córdoba, La Coruña, Málaga, - etc. Pensamos por ello que, dentro de los principales Hospitales que la Cruz Roja tiene establecidos en las diferentes provincias - españolas, se podrían organizar Dispensarios Geriátricos para la asistencia médico-social de los ancianos y crear así la lucha pro-ancianos de la Cruz Roja. Esta fué aprobada expresamente por el entonces Presidente de la Asamblea Suprema, Excm^o. Sr. Conde de Toreno, y presentada en sus líneas generales a la Conferencia Europea de la Cruz Roja por los Dres. Salgado y Guillén (Can--nes, 1.972).

Se crearon así numerosos Dispensarios Geriátricos provinciales dependientes del Departamento de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja. Inicialmente nos pusimos en contacto con las diferentes asambleas provinciales de Cruz Roja y con la Sociedad Española de Gerontología, para encontrar los médicos idóneos que se encargaran de estos Dispensarios Provinciales; de esta forma se pusieron en marcha más de 20 Dispensarios Geriátricos, por desgracia su estado de funcionamiento actual no es el adecuado ya que prácticamente todos ellos han encontrado grandes dificultades para

su desarrollo por carecer de locales adecuados y principalmente de personal paramédico especializado (enfermeras y asistentes - sociales).

PROYECTOS INMEDIATOS DEL DEPARTAMENTO:

a). - Potenciación del Hospital de Día. Está ya en construcción, dentro de la nueva política del Hospital, uno más amplio y moderno con capacidad para 50 ancianos.

b). - Organización de la Asistencia médico-social de sector, - en el área de Cuatro Caminos, con amplio desarrollo de la Ayuda a Domicilio e incorporación a la misma de otros miembros de Cruz Roja (Cruz Roja Juvenil, Damas) y organización de un Cuerpo de - Voluntarios.

c). - Continuación de los Cursos para Médicos y Asistentes So- ciales y organización de las primeras jornadas Gerontológicas de -- Cruz Roja, con carácter social, de dos días de duración y celebra- ción cada dos años .

d). - Campañas de divulgación y sensibilización.

e). - Creación en un futuro próximo de una Unidad a Medio -- Camino y de otra Unidad de Larga Estancia o tratamiento continuado, con destino a aquellos ancianos que superada la fase aguda precisen cuidados continuados de enfermería. De esta forma completaríamos el Departamento Geriátrico, único en España y en toda equiparable a - los existentes en diferentes países europeos.

VI.7. PROPUESTA DE PLANIFICACION DE LA ASISTENCIA GERIATRICA INTRA Y EXTRA HOSPITALARIA EN ESPAÑA

En la exposición de este apasionante tema, hemos recogido la experiencia de los países que llevan ya muchos años modelando la asistencia a sus ancianos, entre los que se encuentran Inglaterra, Países del Norte de Europa, Francia, Italia, Belgica y Suiza y muy especialmente el informe nº 548 de un grupo de expertos de la O.M.S. publicado el pasado año 1.974 sobre planificación y organización de los servicios geriátricos, y nuestra experiencia personal como Jefe del Departamento de Geriatria del Hospital Central de la Cruz Roja.

Teniendo en cuenta estos trabajos, y los datos expuestos en la primera fase de esta tesis, llegamos a una conclusión clara y rotunda, los ancianos en España constituyen un población vulnerable y expuesta como ocurre en el resto de los países del mundo -- por lo que es imprescindible la creación de un plan geriátrico nacional que alcance a todos los ancianos del País.

Este plan asistencial debe ser global (preventivo, asistencial, rehabilitador, en el más amplio sentido de la palabra, familiar, social, etc, etc,) a través de una amplia red que coincida y forme parte en lo fundamental y en todo lo que sea posible con la red Sanitaria Nacional. Se deben establecer diferentes niveles asisteciales que -- cubran áreas o zonas que en la terminología adaptada por la Sanidad española serian nivel regional, nivel provincial y nivel comarcal que alcance tanto a la zona urbana como a la rural. Así podríamos lograr una de las características más importantes de la asistencia geriátrica, que sea una asistencia progresiva y que sea constante y continuada. En este plan o programa es importante que estén integrados o coordinados todas las instituciones o centros públicos o privados que presten asistencia social o médica a los ancianos -- dando gran preponderancia a los servicios orientados hacia la fami

lia y colectividad.

De todos los trabajos hechos hasta la actualidad en España y los llevados a cabo por nosotros mismos no se obtienen los datos suficientes sobre el estado y las necesidades reales de los ancianos de las diversas zonas o áreas ; de aquí que este plan o programa inicial deberá sufrir modificaciones cuando estos datos obtenidos por grupos multidisciplinarios en cada localidad y en los que intervengan de forma activa los propios ancianos, se realicen y se conozcan.

Por otra parte es preciso valorar cada cierto tiempo el rendimiento y utilidad de este plan programa para introducir en el las variaciones que juzguen precisas las autoridades sanitarias y los geriatras encargados directamente de su realización.

En la planificación de los Servicios Geriátricos se ha pasado en todos los países por unas etapas muy parecidas: En un princi--pio los Servicios Geriátricos se han desarrollado de un modo es--pontáneo y sin coordinación, patrocinado por distintos organismos que mantienen entre sí escasas relaciones de consulta, coordina--ción y cooperación. De esta forma se producen duplicidades de esfuerzo y gasto que dejan incuestionablemente lagunas y disminuye la eficacia al inutilizar los recursos disponibles. Posteriormente se ha intentado coordinar estos esfuerzos aislados y dispersos con la intervención de organismos superiores o del propio estado. En la actualidad se está entrando en la fase en la que es imprescindible la planificación, la organización y la administración cuidadosa, para la creación de sistemas de asistencia geriátrica completos. Se ha llegado a esta fase gracias a la transformación sufrida en la mayoría de los países como consecuencia de los procesos cientificos y técnicos y del desarrollo socio-económico.

En los planes Geriátricos iniciales predominaba la asistencia a la propia enfermedad y concomitantemente a la problemática so--cial y económica que presentaban los ancianos. A continuación se

puso el mayor énfasis en el tratamiento activo y rehabilitador desde las fases más precoces de la enfermedad e incluso antes de presentarse éstas de un modo recortado. En la actualidad la norma que domina en todo Plan Geriátrico es la Medicina Preventiva, — la promoción de la salud por medios físicos y psíquicos tales como encauzar el género de vida y alimentación, el cuidado del medio ambiente, la preparación para la jubilación y la divulgación de otras normas de educación sanitaria que desde el niño y el adulto alcancen al propio anciano y a toda la comunidad. Es necesario crear centros de salud más que palacios para la enfermedad como recientemente ha declarado en España el Dr. Maler, Director General de la Organización Mundial de la Salud.

El vértice de todo Plan Geriátrico, digámoslo ya de una forma unívoca y rotunda, son las Unidades o Servicios de Geriátría dentro de los Hospitales Generales integrados en las redes sanitarias del país, que han de estar íntima y estrechamente relacionados con todos los centros y servicios de asistencia geriátrica y social del país. Si éste es el vértice, la base sin al cual nada podríamos conseguir es la unión, estrecha unión, que debe existir — siempre entre el anciano y su médico de cabecera o de familia. Estas dos cotas unidas y apoyadas mutuamente de diversas formas según veremos en el desarrollo del Plan Geriátrico, son indispensables para que éste sea eficaz.

Para que la planificación de los Servicios Geriátricos utilice un sistema científico, dé óptimos resultados y se apoye sobre bases firmes es necesario al creación de una estructura administrativa adecuada y que los organismos nacionales, provinciales y locales en los que intervengan tanto las instituciones públicas como las privadas, de beneficencia y los propios ancianos puedan expresar sus opiniones sobre los objetivos, las prioridades y las opciones. Es necesario también que tras información, planificación y coordinación en los diversos servicios para los ancianos

se lleguen a constituir estos planes.

Para matizar y completar el párrafo anterior merece la pena que subrayemos que en todo plan geriátrico está presente el punto de vista, la concepción o la presión política, los intereses de todo el personal que va a realizar el plan y en muy pocos casos se tiene en cuenta las aspiraciones, los deseos y las personas a los que va dirigido: los ancianos. Hasta ~~donde~~ sea posible, como ocurre en Suiza o en los Países Bajos, es necesario contar con las aspiraciones y los deseos de la población que integran la Tercera Edad para tenerlo en cuenta y proporcionárselo en la medida en qué esto sea posible.

Es muy frecuente olvidar que la planificación no constituye un fin en si mismo sino que forma parte de un proceso que comprende también la ejecución del plan y la evolución de los resultados.

Leyendo el informe del comité de expertos de la O.M.S. 1974 sobre este tema, podemos afirmar que cualquiera que sea el tipo de planificación -a largo, medio o corto plazo- el proceso es similar y es preciso cubrir las siguientes fases:

1º. - Análisis de la situación actual que nosotros hemos intentado hacer en la primera fase de la tesis.

2º. - La formulación de métodos tácticos alternativos para --abordar y resolver el problema: en este punto nosotros expondremos, siempre que sea posible, las las dos o tres posibilidades existentes en cada caso concreto, sus ventajas y sus inconvenientes tanto de inversión económica como de organización y eficacia e incluso las razones que se pueden aducir en uno u otro sentido.

3º. - El análisis de las posibles soluciones o la decisión del plan. Para ello tendremos en cuenta las realizaciones ya hechas -sobre todo en el plan social, el punto de vista político, nuestras condiciones familiares, sociales, rurales, económicas y nuestra -natural indiosincracia así como las consecuencias de orden físico

psíquico y social previsibles.

4º. - El examen y la ejecución del plan seleccionado: o sea la puesta en práctica del plan elegido en el que son principales - protagonistas, los que ponen el plan en práctica y las personas - que lo reciben, por lo que es de gran trascendencia la aceptación previa por ambas partes.

5º. - La evolución de los resultados conseguidos: esto es, la medida de los resultados obtenidos en relación con el esfuerzo y los gastos de todo orden.

En la planificación geriátrica de un país el gobierno y las - autoridades sanitarias pueden adoptar una actitud diferente tanto - en el régimen de propiedad, como en la financiación o reglamentación de los Servicios Geriátricos, pueden trazar una planificación voluntaria entre los ancianos, el personal que lo realice y el organismo planificador. La planificación puede ser indicativa, para lo que orienta a los que intervienen en el Plan, les da unas normas generales que no son obligatorias, pero si las considera convenientes. Y por último la Planificación puede ser normativa en las que las autoridades dan unas leyes, normas y preceptos que es obligatorio seguir.

Dada la organización médico-asistencial de nuestro País y la posición económica actual de la mayoría de la población de la tercera edad pensamos que la planificación geriátrica debe ser normativa y subvencionada por El Estado.

Tras la elaboración y ejecución de un plan de asistencia geriatrica se obtiene una información con la que el grupo de planificación puede preparar alternativas informales que permiten llegar a la ~~con~~ adopción de decisiones informales.

En todo plan o programa geriátrico ha de fijarse un amplio programa a largo plazo de carácter nacional y provincial, un programa a medio plazo de carácter operativo y un programa por últi

mo a corto plazo de ámbito local con servicios geriátricos completos.

Algunos aspectos de la financiación de la asistencia geriátrica:

12.- Financiación de la asistencia geriátrica: Esta puede llevarse a cabo por el propio anciano, por una entidad o compañía - aseguradora o por otra institución. La forma de pago de las personas que lo llevan a cabo puede ser también variable, por acto - médico, por sueldo (trabajando un número de horas diarias) o por iguala (obligación de atender a un número de personas determinado). El primer caso es un freno para la utilización de los servicios; si el pago es por una compañía de seguros o por otra entidad, los servicios se utilizarán más liberalmente.

Cuando los gastos están cubiertos por subsidios a los ancianos o se hacen cargo de ellos el Estado a través de la Seguridad Social de una manera total o ayudando a las prestaciones que haga la familia, la colectividad y las instituciones benéficas es preciso tener presente dos cosas: a) Que los ancianos deben estar suficientemente informados de la cantidad y calidad de los servicios geriátricos existentes para que puedan utilizarlos convenientemente y - b) Que sí aumentan los gastos o la aportación de fondos por la Seguridad Social deben de ir acompañados paralelamente por una expansión de los Servicios Geriátricos pués de lo contrario daría lugar a la inflación del coste de toda la asistencia.

En nuestro país la mayoría de los casos será la Seguridad Social, la Sanidad Nacional o la Dirección General de Asistencia Social las que se van a hacer cargo de la asistencia por lo que es imprescindible una amplia información a todos los usuarios y familiares y una expansión de los servicios en relación con los presupuestos dedicados a ellos y con el número de ancianos protegidos.

Para conseguir una asistencia geriátrica lo más eficiente que

sea posible es preciso determinar el tipo de servicios más adecuados en cada caso, su organización, la asignación o recursos disponibles etc. El hecho más importante a tener en cuenta en este sentido es que la asistencia geriátrica debe estar integrada en la asistencia Sanitaria General del País y que la asistencia o servicios independientes que se aparten de aquella se deben de desarrollar y utilizar en las proporciones necesarias.

La organización de la previsión es más eficaz y económica que la organización de los Servicios encaminados a solucionar los problemas sanitarios ya creados a la asistencia de los ancianos que han adquirido enfermedades.

Para dar altas tempranas a los pacientes geriátricos es im prescindible contar con una serie de servicios médicos (como el Hospital de Día, la ayuda médica a domicilio, etc.) y servicios so ciales (como ayuda a domicilio, diferentes servicios Sociales) de la administración (del Ayuntamiento y Diputaciones Provinciales) que de no existir facilitarían la rápida recaída del anciano enfermo y su necesidad de reingreso en el Hospital. Es de gran importancia que los ancianos estén contentos y satisfechos de todos estos servi cios y que las personas que lo realicen tengan un alto sentido de su utilidad y elevada moral que les hagan humanos y acogedores que sientan de verdad una vocación geriátrica.

Ya hemos hablado anteriormente de la necesidad de hacer eva luaciones de los programas o planes geriátricos para lo que tenemos que determinar las relaciones costes-benéficios, costes-rendimiento para comparar las ventajas o desventajas de las diferentes propuestas y poder mejorar la asistencia con menos costes.

Dentro de un plan geriátrico existen servicios de elevado cos te como por ejemplo las Unidades Geriátricas donde se lleva a cabo el diagnóstico y el tratamiento de los ancianos enfermos. Hay otros servicios mucho más económicos como la Ayuda a Domicilio y en general los Servicios Extra-Hospitalarios. Es conveniente por tan

to aumentar estos servicios extrahospitalarios y la Ayuda a Domi
cilio siempre que la asistencia geriátrica cumpla adecuadamente -
sus objetivos.

La población de la tercera edad tiene el mismo derecho a
la asistencia médica que los otros grupos de población, por tanto
los programas de asistencia geriátrica deben formar parte del pro-
grama general de salud del país. Por otra parte debe tener una -
asistencia peculiar y específica en algunos aspectos sociales de -
enfermos incapacitados o mentales, como grupo distinto de las otras
edades.

Antes de comenzar a descubrir los tipos de Servicios Geriá-
tricos necesarios en el Plan Geriátrico y las imprescindibles y --
fundamentales relaciones entre ellos es preciso definir los objeti-
vos. Los principales objetivos del Plan son:

1º.- Mantener a los ancianos en su propio domicilio el mayor
tiempo posible con independencia, comodidad y bienestar. Cuando -
sus posibilidades de independencia empiezan a disminuir debemos -
proporcionarles todas las ayudas sociales y médicas para que pue-
dan continuar en su hogar el más largo periodo.

2º.- En caso de que los ancianos que no tengan un hogar --
adecuado, su invalidez sea muy marcada, o que por otras circunstan-
cias necesiten asistencia o atención se les debe proporcionar un
nuevo alojamiento que reúna todas las condiciones adecuadas.

3º.- Cuando los ancianos adquieren una enfermedad aguda e -
y grave o agudización de un proceso crónico que curse hacia la in-
validez, un proceso mental o/ y social que precisen un adecuado -
diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, o cuando precisen una -
asistencia médica o de enfermería especializada a largo plazo, es
necesario proporcionar al anciano una asistencia hospitalaria.

PLANIFICACION INICIAL GERIATRICA

A continuación vamos a describir la planificación inicial geriá

trica que proponemos . La planificación definitiva que complete y perfeccione la que vamos a exponer solo se podrá trazar cuando durante algún tiempo funcione este programa de cuya vigilancia deben encargarse una Junta Nacional Geriátrica con plena dedicación y autoridad, integrada por representantes de la - Dirección General del Servicio Social de Asistencia a Pensionistas, del I.N.P, por la Dirección General de Sanidad, por la Dirección General de Asistencia Social, por la Dirección General de Administración Local, por la Cruz Roja Española, Ministerios de la Vivienda, Cáritas Nacional, Representantes de Ordenes Religiosas que cuiden al anciano, Prensa, Radio, T.V., Cajas de Ahorro, Organización de Voluntarios en favor de los ancianos - (Asociación de Amigos de los Ancianos, etc.).

Esta Junta deberá dar los informes, el balance y los resultados obtenidos con el Plan, a la superioridad, siendo la responsable directa de que se cumplan todas las directrices marcadas, - tanto desde el punto de vista arquitectónico como sanitario, asistencia etc. En las provincias habrá Juntas Provinciales con similar constitución y lo mismo se hará en las Ciudades y pueblos grandes, donde la representación recaerá fundamentalmente sobre el -- personal sanitario-asistencial, médicos y el Ayuntamiento, Delega--ción de Asistencia Social y Beneficencia.

Estas juntas designarán grupos multidisciplinarios integrados por Arquitectos, Geriátras, Psiquiatras, Psicólogos, Sociólogos, - Abogados, Sacerdotes etc. que proporcionen informes y trabajos - técnicos y encuestas del estado y situación de los ancianos de las diversas zonas.

Tipos de Centros y Servicios

El principal y la base de todos ellos es el Departamento, Servicio o Unidad Geriátrica integrada en un Hospital General. Su organización y funcionamiento está descrito en la Ponencia presentada -

por partes al II Congreso Nacional de Hospitales celebrado en - Barcelona titulado "Organización de un Servicio Geriátrico dentro de un Hospital General". Según consta allí con toda claridad la medicina preventiva es una de sus principales misiones. Esta faceta se puede llevar a cabo también por otros centros:

a). - Ambulatorios de la Seguridad Social y sobre todo en - los Consultorios de Medicina General integrado por varios médicos de familia o cabecera. Estos centros tienen la ventaja de que allí los ancianos pueden recibir la Medicina Preventiva y la Medicina Asistencial.

b). - Hogares del Pensionista del Servicio Social de Asistencia a Pensionistas donde ya se realiza gran parte de esta labor. La enorme ventaja de estos centros para este cometido es que están distribuidos por todo el país y están dotados de un personal médico con conocimientos y vocación geriátrica, enfermeras, asistentes sociales, en análogos circunstancias. La asistencia -- frecuente de los pensionistas a estos hogares y las visitas de los asistentes sociales a los domicilios de los ancianos de su zona, - de influencia facilitan esta misión. Tienen el inconveniente de que estaría separada la medicina preventiva y la asistencial.

c). - Jefaturas Provinciales de Sanidad; la Sociedad Española de Gerontología, su primer presidente el Prof. Beltrán Bagueña así lo propuso y consiguió un Dispensario Geriátrico en la Jefatura Provincial de Sanidad de Valencia. En estos centros se podría hacer la Medicina Preventiva a la población de todas las edades, pues están dotados de servicios centrales laboratorios, -- Rayos X, principales especialidades etc.

d). - Centros Comarcales de Sanidad de donde debe partir - la asistencia preventiva a la zona rural.

f). - Los Dispensarios y Hospitales de la Cruz Roja Española de todas las Provincias.

g). - En los lugares que se realiza la medicina preventiva - en los adultos.

¿Como debe hacerse la Medicina Preventiva en los Ancianos?

a). - Por los Médicos, en estos centros, a los ancianos que allí acuden, tras una precisa y concreta historia Clínica y exploración física, se practicaran unas exploraciones complementarias bien seleccionadas y mínimas, unas de rutina y otras especiales para cada anciano según sus antecedentes.

Por las enfermeras o asistentes sociales convenientemente entrenadas y adiestradas que, con cuestionarios mínimos pueden detectar algunas alteraciones físicas, mentales o sociales que el médico del centro valorará. En caso necesario podrá pedir al -- anciano que vaya al centro para completar la exploración. Las enfermeras y asistentes sociales, deben dar consejos sobre prevención de accidentes, tipo de alimentación e información sobre servicios existentes. Con estas visitas se obtiene una valoración sobre el estado y necesidad de todos los ancianos lo que supone una importante base para futuras modificaciones en la planificación.

A través de la educación sanitaria directa por el personal médico sanitario de los centros o a través de los medios de información colectiva (prensa, radio, T.V.) dando directrices sobre el régimen de vida y alimentación etc.

Esta misión preventiva debe llevarse a cabo principalmente - en las personas de edad avanzada particularmente expuestas, en todos los que hayan cumplido los 70 años y sobre todo en los ancianos especialmente vulnerables esto es, aquellos en los que su salud física se debilita, inician una alteración psíquica, tienen miedo al retiro o a perder su situación en la sociedad.

El diagnóstico precoz de las enfermedades puede facilitar la curación en muchos casos o al menos detener su evolución y estabilizarla. Cuando el proceso es mental o un problema social es -

mucho lo que puede hacerse por el anciano, si se cuenta con una buena organización asistencial.

Otra medida que puede utilizarse en la gerocultura es el examen colectivo multifásico que alcance a un elevado número de ancianos a los que se les hace un examen cada cierto tiempo (de varios meses a dos años) por medio de un sistema estandar -- (Fotoseriación, etc.).

¿Cuándo debe empezar a funcionar la medicina preventiva?

Esta es una de las primeras y primordiales labores de todo plan Geriátrico, por lo que debe darsele prioridad e incluirla en las misiones que deben realizarse a corto plazo.

El siguiente eslabón fundamental dentro del Plan Geriátrico Nacional en el Centro Sanitario de Medicina General. Debe estar ubicado en el ambulatorio o consultorio de la Seguridad Social y en el Centro Sanitario Comarcál. Debe atender a una población de 20 a 30,000 habitantes y por lo tanto a dos o tres mil ancianos. Todos los médicos de familia o de cabecera que allí trabajen y están en contacto directo e inmediato con lo ancianos, deben realizar la primera y principal misión de asistencia médica a los ancianos de su zona. Para ello es necesario la estrecha unión de todos estos Centros Sanitarios de Medicina General con el Servicio Geriátrico del Hospital General de su área. Cuando sea preciso un Geriátra o Psicogeriatra del equipo hospitalario se desplazará al Centro Sanitario de Medicina General para resolver las dudas diagnósticas o la precisión de ingreso en la Unidad Geriátrica del Hospital así como para organizar la Medicina Preventiva (reconocimientos en salud con enfermera y médico de cabecera y estimular a estos para que aumente su interés por los ancianos y perfeccionen la asistencia a éstos pacientes. Los médicos de cabecera deberán seguir la evolución de sus pacientes ancianos dentro del Servicio de Geriatria del Hospital General asistiendo a las sesiones clínicas en las que sean estudiados sus enfermos.

Es muy conveniente que uno de los médicos de cabecera del ambulatorio de la Seguridad Social o del centro Comarcal tenga especial interés, vocación y formación en Geriátría. El podría asesorar al resto de los médicos de cabecera del centro sanitario en los casos cuya problemática médica, mental o social presen--ten más dificultades.

De estos centros, como antes veíamos, debe partir la medicina preventiva; labor para la que es imprescindible una en--fermera debidamente formada y con vocación geriátrica, que realice los iniciales reconocimientos en salud con encuestas cocre--tas y dé consejos precisos a los ancianos.

La Medicina Asistencial domiciliaria debe realizarse por el médico de cabecera en la fase aguda y una vez dado de alta de--be encargarse del paciente anciano o, cuando sea necesario, --una enfermera especializada en geriatría para el seguimiento periódico del paciente anciano con visitas regulares en las cuales pueden prestarle toda la ayuda de enfermería necesaria (inyecciones, curas, etc.).

Para solucionar los problemas sociales a los ancianos y --prestarles toda la información necesaria, estos centros sanitarios deben contar con un asistente social. Este asistente social debe informar sobre los servicios domiciliarios existentes, tales como la ayuda a domicilio de diversos tipos (limpieza de la casa, --reparto de comidas, etc.), posibilidad de vigilancia nocturna, po--sibilidad de fisioterapeutas a domicilio, podólogos a domicilio, e --incluso el lugar donde le faciliten las reformas de la vivienda para que los ancianos inválidos puedan seguir viviendo en ellas.

Por todo ello debe estar esta asistente social en estrecho contacto con la asistente social de la Unidad Geriátrica Hospitalaria y los asistentes sociales de todas las Instituciones Geriátri--cas de su zona (Hogares o Clubs de Ancianos, Residencias de --Ancianos, Diputaciones, Ayuntamiento, etc.). De esta forma el -

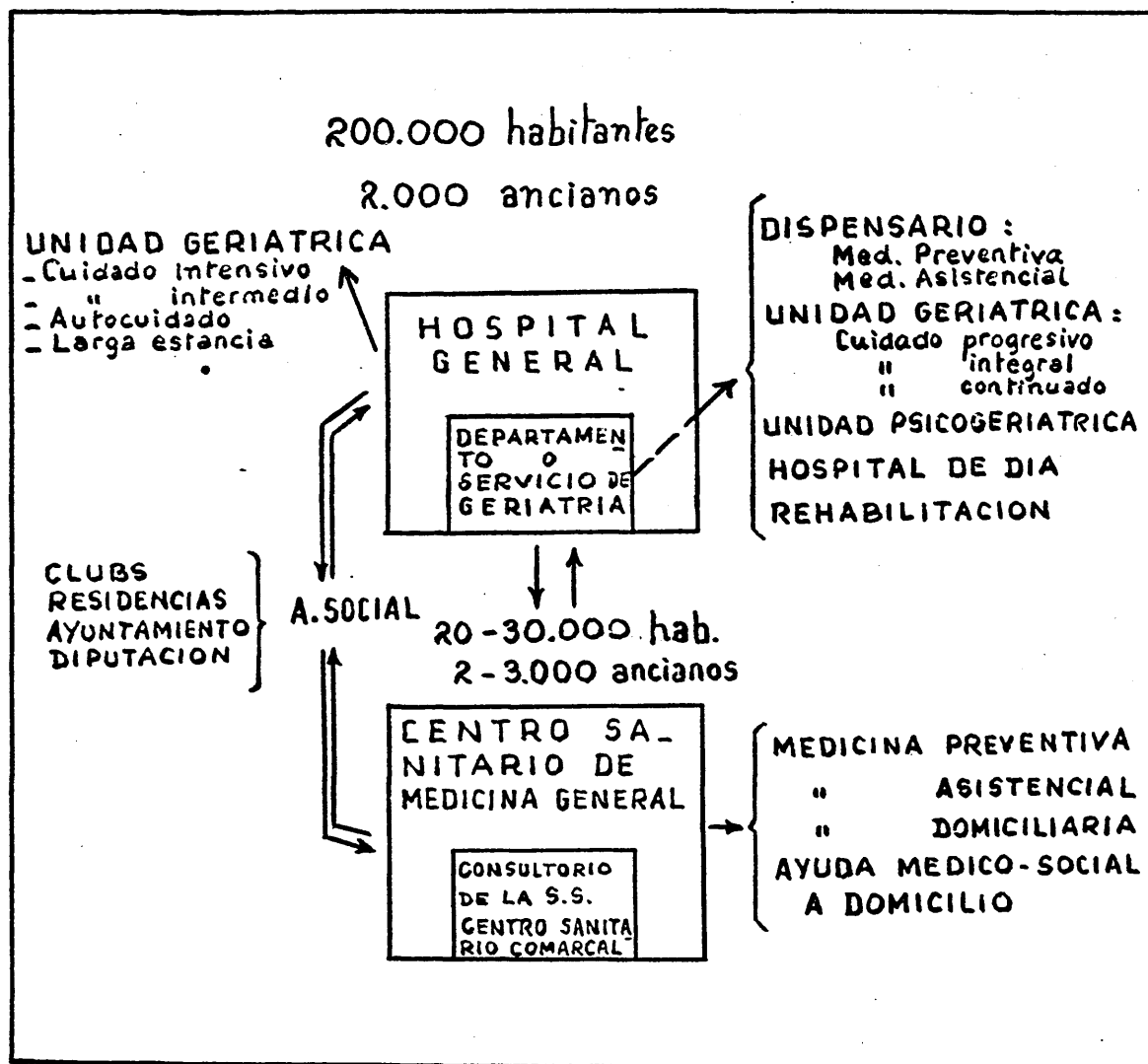
Centro Sanitario está vinculado a los servicios que prestan ayuda domiciliaria con los servicios de ancianos de la comunidad - (Diputación y Ayuntamiento).

La continua unión con la Unidad Geriátrica del Hospital General del Area y estos equipos integrados por un médico de cabecera con formación geriátrica, enfermera o enfermeras de asistencia domiciliaria en sus aspectos preventivos y curativos y una asistente social son las condiciones indispensables para constituir este otro eslabón del Plan Geriátrico Nacional y dar en cada caso un juicio diagnóstico lo más exacto posible en las facetas orgánicas, física o funcional, mental y social. Tras llegar a este diagnóstico se le aplicará el correspondiente tratamiento en el propio domicilio del anciano o en el Servicio de Geriatria del Hospital General si fuera preciso para su estudio en la consulta externa o dispensario, su ingreso, o bien, para su asistencia al Hospital de Día. Como ya hemos apuntado estos centros sanitarios tienen la gran ventaja para el anciano de que únicamente tiene que desplazarse a un solo lugar para conseguir la ayuda médico-preventiva y asistencial, la asistencia social, la información de todo tipo, etc.

A estos centros sanitarios acude en muchos países extranjeros (y sería de desear que ocurriera en el nuestro aunque fuera a medio plazo) una dietista para que asesore en este capítulo tan importante de los ancianos a los médicos, enfermeras, asistentes sociales y a los propios pacientes.

El Centro Sanitario de medicina general debe conocer las condiciones, características y necesidades de los ancianos de su zona y prestarles la debida atención y ayuda. En esta misión deben colaborar los servicios médico-sociales de los hogares o clubs de los ancianos y los servicios de ancianos de la localidad (Diputación y Ayuntamiento).

Esquema:



¿Cuándo debe empezar a funcionar esta labor geriátrica, este eslabón geriátrico en los Centros Sanitarios de Medicina General? Es muy difícil que comience a funcionar un eslabón aislado sin la existencia de los otros. En la puesta en marcha de estos diferentes niveles existe un problema fundamental que después comentaremos ampliamente: la falta de personal especializado médico y paramédico debidamente formado. Por ello proponemos que se establezcan simultáneamente, pero en muy pocas provincias inicialmente, para después irse implantando estos servicios paulatinamente en otras provincias.

Antes de seguir adelante en el estudio del resto de los niveles o eslabones del Plan Geriátrico Nacional merece la pena que

nos detengamos a comentar más detalladamente dos tipos de problemas que dentro de la asistencia geriátrica son muy importantes y que son sin duda dos de los más difíciles de resolver: nos referimos a los ancianos con enfermedades crónicas e invalidantes y a los ancianos que presentan enfermedades mentales. A continuación hablaremos de otro de los pilares de la asistencia geriátrica: la rehabilitación precoz y continuada, que, junto con la gerocultura o geropofilaxis de la que ya nos hemos ocupado anteriormente, son dos de los muchos motivos que justifican plenamente la especialidad en geriatría.

Asistencia a enfermos ancianos, crónicos e invalidos.

Un porcentaje elevado de estos ancianos con enfermedades crónicas e invalidantes pueden permanecer en sus domicilios habituales, ya sea su propio hogar o una residencia para ancianos sanos. Para ello es necesario que los hogares donde viven los ancianos reúnan una serie de condiciones: puertas anchas para las sillas ruedas, ayudas en la cocina y cuartos de baño, etc, etc. Estas transformaciones se pueden hacer en los casos de los ancianos que lo requieran y para el futuro es preciso, o por lo menos deseable, que el Ministerio de la Vivienda marcara unas normas generales (como ocurre en los Países del Norte de Europa) en la construcción de todo tipo de viviendas para que puedan ser habitadas por los ancianos e invalidos (rampa en la entrada de las casas junto a las escaleras, interruptores de la luz a un metro del suelo, lavabo sin pedestal para poder introducir debajo de la silla de ruedas, grifos fáciles de abrir y cerrar).

Las residencias para ancianos sanos deben estar construidas arquitectonicamente de tal forma que puedan ser habitadas por ancianos sanos o enfermos, crónicos o invalidos que puedan ser asistidos por el personal sanitario habitual de estos centros. Una zona de la residencia para sanos debe estar especialmente dotada y preparada para ancianos crónicos, inválidos principalmente, para los que viven allí y se deterioran posteriormente.

Para mantener debidamente asistidos a estos ancianos crónicos e inválidos dentro de sus domicilios habituales es imprescindible la ayuda médico-sanitaria y social a domicilio. Una vez -- diagnosticado y tratado el anciano, la vigilancia ulterior que ha -- de ser continuada, corre a cargo de la enfermera visitadora domiciliaria que forma parte del equipo del centro sanitario, de los médicos de cabecera y por estos, cuando por el informe de la -- enfermera lo crea necesario. En los casos en que se encuentren desbordadas las posibilidades de acción del médico de cabecera y de la enfermera domiciliaria, puede el equipo extrahospitalario -- del servicio de geriatría del hospital general, enfermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, podólogo, asistente social, geriatría desplazarse al domicilio del enfermo, separadamente según las necesidades y requerimientos de cada caso.

Cuando la enfermedad crónica o invalidante del anciano es de tal naturaleza o está tan avanzado (como por ejemplo grandes in-- continentes, demencia senil avanzada, etc.) que requiere una asistencia de enfermería continuada con personal numeroso y especializado, deben permanecer estos ancianos en el Servicio de Geriatría del Hospital General, concretamente en la Unidad de larga -- estancia, o mejor dicho como hoy se les prefiere llamar, Unidades de Tratamiento continuado, indicando que estos enfermos siguen bajo la vigilancia del equipo geriátrico del Hospital General y con el máximo tratamiento activo posible. Cuando no pueden estar este tipo de camas de larga estancia dentro del Servicio Geriátrico del Hospital General deben construirse anexos con este fin e incluso -- otros hospitales o enfermerías especiales de tratamiento continuado más o menos lejos del Hospital General pero dentro de su área de influencia y bajo su vigilancia. Este tipo de hospitales recibe el -- nombre dentro del Plan Gerontológico del Servicio Social de Asistencia a Pensionistas, de residencias asistidas. Es imprescindible que el personal médico que atienda a estos enfermos sea el mismo que el Servicio Geriátrico del Hospital General pues con frecuen--

cia es preciso hacer pruebas diagnósticas, reajustar su tratamiento médico, rehabilitador, recreativo y cultural o ser trasladados de nuevo al Servicio de Geriatría del Hospital General en las fases de reagudización. Este hecho nos garantiza que estos hospitales antiguamente denominados para crónicos, inválidos o incurables no se conviertan en almacenes de ancianos con grandes disminuciones que esperan pacientemente y como única liberación su muerte.

Por todo lo dicho anteriormente, estos hospitales de larga estancia o tratamiento continuado solo pueden empezar a construirse cuando existan Servicios de Geriatría en Hospitales Generales.

Son también de gran utilidad la creación cerca del Servicio de Geriatría del Hospital General o del centro sanitario de médicos de cabecera, pequeñas residencias o mejor casas adaptadas y protegidas para ancianos frágiles, físicos y mentales, de los que deben encargarse los equipos médico-sociales de uno u otro centro. Estas casas o viviendas protegidas para ancianos con debilidad física o debilidad mental permitirán en el futuro que muchas personas de edad avanzada internadas en hospitales psiquiátricos y en servicios de psicogeriatría de larga estancia, se acomoden en pequeños grupos en el seno de la colectividad. Los ancianos que ingresan en tales casas es preciso que pasen previamente por la Unidad Geriátrica o Psicogeriátrica del Hospital General para que se les haga un diagnóstico y tratamiento lo más exacto posible. La enfermera domiciliaria, el médico de cabecera, el geriátra y psicogeriatra visitarán estas viviendas protegidas con la regularidad que sea necesario, incluso todos los días.

Es importante subrayar que los ancianos que viven en estas viviendas protegidas para ancianos con debilidad física o mental no tienen por qué terminar aquí sus días. Son muchos los pacientes ancianos que después de estar ingresados en estas viviendas, mejoran notablemente y pueden trasladarse posteriormente a viviendas -

protegidas o vigiladas de las que hablaremos posteriormente. Es te tipo de residencias o casas protegidas deben incluirse en las realizaciones de medio y largo plazo.

Tanto en los Servicios Geriátricos Hospitalarios como en las residencias para ancianos como en las residencias asistidas, unidad de larga estancia o de tratamiento continuado, debe plantearse la debida asistencia a los ancianos terminales o moribundos. Este tipo de ancianos es cada vez más frecuente en estas instituciones que carecen del lugar deseable para ellos; el seno familiar. Todo el personal médico, paramédico y de enfermería debe recibir la preparación adecuada para estos casos, para ello tienen que tener clara y tranquila conciencia de que han hecho por ellos todo lo posible en su asistencia médico-social y espiritual hasta el último momento en el que es preciso mostrarles con actitud compasiva una autentica caridad (amor).

ASISTENCIA A ENFERMOS CRONICOS CON ENFERMEDAD MENTAL

La primera medida y la mas importante es la prevención de la salud mental. Debe empezar en la niñez (en la escuela primaria) y continuar después durante toda la edad adulta para estar perfectamente preparados psíquicamente cuando llegue la jubilación. El conocimiento de la Tercera Edad es una etapa de la vida con sus ventajas e inconvenientes como las anteriores, con sus grandes posibilidades, en la que es factible y obligado seguir con actividad física y psíquica, con adecuado empleo del tiempo libre y con la posibilidad de seguir dando a la sociedad el resultado del trabajo de toda su vida anterior y el resultado de sus experiencias. En este sentido es preciso considerar y solucionar de alguna manera (numerosas ponencias en congresos nacionales e internacionales hay sobre este tema) la forma parcial o progresiva de la jubilación -- cuando las personas tengan posibilidades de ello y lo deseen o lo precisen. Ni los ancianos ni la sociedad pueden renunciar a los -

mutuos beneficios que este sistema les aportaría.

Para las personas que van a jubilarse en la actualidad, que ninguna enseñanza han recibido en este sentido, es preciso organizar cursos de preparación para la jubilación en las mismas empresas en que trabajan o en instituciones de las autoridades locales o bién en instituciones geriátricas públicas o privadas. Sobre la forma de llevar a cabo estos cursos tenemos ejemplos de mu--chos países extranjeros sobre todo en el Reino Unido y en Suiza (y en el resumen del último symposium internacional llevado a cabo sobre este tema en Madrid en el año 1.974 por el C.I.G.S.).

Hemos insistido en la frecuencia e importancia de los trastornos de la esfera psíquica en el anciano. En unas ocasiones estos trastornos los vienen arrastrando más o menos larvadamente desde la edad adulta. En otras son propias y específicas de la Tercera Edad: demencia senil o arterioesclerótica, etc., y en otras ocasiones, por último, estas alteraciones psíquicas son simplemente la expresión de otros procesos órganicos: desde un estado de deshidratación a ún proceso infeccioso bronco-pulmonar que puede pasar desapercibido, hasta un cambio de residencia o de género de vida. En este último caso es muy orientador que la sintomatología psíquica comienza bruscamente en un anciano, previamente con una buena salud mental.

En cualquier caso es preciso hacer un diagnóstico lo más exacto posible que se llevará a cabo en la unidad o en las camas de geronto-psiquiatría que deben formar parte de todo Servicio de Geriatría de un Hospital General. La colaboración del geronto-psiquiátra y del geriátra es imprescindible en estos casos.

Si la psicopatía que presenta el anciano es de rango menor, puede controlarse con medicación psicoactiva y es posible la convivencia con el resto de las personas que le rodean, puede y debe continuar en su domicilio habitual: su hogar o la residencia de ancianos en sus variadas formas.

Cuando la enfermedad mental es mayor o de larga duración que requiera asesoramiento psiquiátrico especializado debe estar bajo la vigilancia y la terapéutica de un Hospital Psiquiátrico. Algunos de estos enfermos seleccionados por el Geriátra y Psicogeriatra pueden estar ingresados en las camas de larga estancia, residencias asistidas. La mayoría de los autores tanto geriatras como psicogeriatras se inclinan a la necesidad de la asistencia de servicios o unidades psicogeriatricos bajo la vigilancia y control de los médicos del hospital psiquiátrico para todos aquellos ancianos que según el criterio del geriatra no deben ir a su servicio de geriatría del hospital general, que al juicio del psiquiatra no deben ingresar en el hospital psiquiátrico y según la opinión del médico de los Servicios Sociales no pueden ser admitidos en una residencia de ancianos. Esta unidad psicogeriatrica para ancianos con procesos mentales profundos e irreversibles y de larga duración son de gran importancia para que este grupo de ancianos no queden abandonados y sin tratamiento.

REHABILITACION EN LA ASISTENCIA GERIATRICA

Queremos resaltar con este capítulo especial la trascendental importancia que tiene la rehabilitación en el tratamiento geriátrico. En este caso la rehabilitación ha de ser lo más precoz y continuada que sea posible, sus objetivos no son superponibles a las del adulto. No se pretende poner al anciano en condiciones de volver al trabajo, sino de reintegrarse a su propia casa en el mejor estado de salud y con mayor movilidad para que pueda valerse por si mismo con las menores ayudas posibles.

Los objetivos principales de la rehabilitación en geriatría son triples: reactivación, resocialización y reintegración.

Se entiende por reactivación el hecho de alentar a un anciano enfermo, en un estado de pasividad, letargia e inmovilidad física y social para que emprenda de nuevo una vida activa en su

propio medio. Obligar a los ancianos hospitalizados a que se le vanten todos los días, se vistan como si fueran a salir a la calle y acudan a pequeños cuartos de estar de la planta para entablar contactos con otros enférmos ancianos, favorece mucho este fin y debe realizarse siempre que sea posible.

La resocialización consiste en conseguir que el anciano despúes de una enfermedad o incluso durante ella establezca de nuevo contactos con la familia, los vecinos, los amigos y otras personas y deje de estar aislado. Las salidas frecuentes después de ser dado de alta del hospital en estado de perfecto aseo (bien -- afeitado, trajes bien planchados y limpios) a visitar a familiares y amigos facilita la consecución de este objetivo.

La reintegración es la reincorporación del anciano a la sociedad para que no quede apartado como un ciudadano de segunda categoría, que participe pienamente en la vida normal y en muchas ocasiones volver a realizar una tarea importante de acuerdo con su capacidad.

De aquí la gran importancia de que los periódos de hospitalización en los ancianos sean los más cortos posibles para evitar esta despersonalización, la pérdida de sus relaciones sociales, y la dependencia del hospital.

Al propio tiempo que se hace la rehabilitación al ánciano -- es preciso informar a la familia muy detenidamente, por todo el -- equipo sanitario, de los objetivos que pretendemos con ella. La -- familia en muchos casos supone un gran obstáculo en la rehabilitación del anciano por su tendencia, bien intencionada pero nefasta, del proteccionismo, el paternalismo y la ayuda indebida al anciano.

La rehabilitación debe ser precoz e incluso preventiva en el sentido de aplicarla a los ancianos antes de que adquieran un proceso vascular, neurológico o traumatológico manifiesto, utilizando la ya desde el momento en que la marcha o la movilidad en su organismo presenten leves signos de deterioro.

217

A las pocas horas de que se presente un proceso agudo incapacitante, (accidente cerebro-vascular como prototipo) debe -empezar la rehabilitación con posiciones adecuadas de los miembros, cambio de posiciones, etc., en el propio domicilio del enfermo si no ha sido trasladado al hospital bajo la vigilancia del equipo extra-hospitalario del Servicio de Geriatria del Hospital General y por la fisioterapeuta, o terapéuta ocupacional en el -domicilio del paciente cuando sea posible. Los ancianos con procesos agudos importantes que evolucionan hacia la invalidez deben ingresar en el Servicio de Geriatria del Hospital General donde su rehabilitación puede ser inmediata y bien dirigida por todo el equipo geriátrico.

En cualquier caso el tratamiento domiciliario y hospitalario, la rehabilitación y terapia ocupacional, debe continuarse en el -Hospital de Día del Servicio de Geriatria del Hospital General -donde la rehabilitación se hará en mejores condiciones, facilitará las altas tempranas en el hospital y constituirá una gran ayuda -para la familia.

Junto a la precocidad de la rehabilitación es imprescindible que ésta sea continuada el tiempo que sea necesario hasta llegar al techo de nuestras posibilidades. Como en todos los casos al -dar de alta al anciano en el Hospital de Día la vigilancia del pa-ciente debe continuar por tiempo indefinido por los procedimientos ya comentados: enfermera domiciliaria, médico de cabecera, etc.

SERVICIOS SOCIALES DE ASISTENCIA A ANCIANOS

Otro de los niveles o eslabones que no pueden faltar en nin-gún plan geriátrico nacional son los Servicios Sociales para ancianos a los que podemos considerar como la infraestructura de todo el plán; sin los cuales, los eslabones a que anteriormente nos he-mos referido: Servicio de Geriatria de Hospitales Generales, Cen-tros Sanitarios de Médicos de cabecera, se verían enormemente mermados en su rendimiento.

Conviene que recordemos aquí que los problemas que presentan los ancianos son con mucha frecuencia de diferentes tipos: económicos, sociales y médico-asistenciales y en la mayoría de los casos se presentan entremezclados en un mismo anciano.

La asistencia económica de los ancianos es de capital importante para mantener su independencia económica y para mejorar su asistencia médica y social.

Aquella se logra con el adecuado aumento de las pensiones en proporción a la subida del coste de la vida. La política de elevación de las pensiones que comenzó hace unos años creemos que debe continuar.

Un hecho muy debatido y aceptado ya por muchos países es la modificación de la jubilación de forma parcial y progresiva, cuando el trabajador pueda y quiera. En este sentido será bueno adoptar medidas para ayudar a algunos ancianos a seguir en sus empleos durante el mayor tiempo posible o a buscarle otras ocupaciones diferentes de su profesión anterior. Un ejemplo de esto son muchas mujeres que a los 60 años pueden desempeñar funciones útiles y de rendimiento que la sociedad no debe rechazar.

Es de gran ayuda en este sentido el eximir a los ancianos -- que no tengan elevado nivel económico de todas sus contribuciones e impuestos a la hacienda (así está legislado en muchos países).

Son varios los objetivos principales de estos Servicios para ancianos: el primero conseguir que vivan en sus casas cómodamente, con el mayor grado de salud y bienestar posible y donde tienen sus raíces profundamente implantadas y rodeados de un ambiente que les es favorable. Para ello es de gran importancia el que puedan llevar una vida independiente el mayor tiempo posible.

Otro de los objetivos más importantes es conseguir para los ancianos un alojamiento, una vivienda digna, que debe reunir unas condiciones arquitectónicas, higiénicas y sanitarias adecuadas.

Estos Servicios Sociales deben estar estudiados, planificados y coordinados por los asistentes sociales cuya misión es trascendental dentro del Plan Geriátrico Nacional y en estrecha relación con los geriátras del Servicio Hospitalario o del Centro Sanitario de médico de cabecera.

Estos servicios es preciso que lleguen a todos los ancianos ya vivan en su domicilio, en residencias de ancianos, en residencias asistidas, en residencias protegidas o para frágiles físicos o mentales o dentro del propio servicio hospitalario.

En cuanto a la vivienda de los ancianos que no reúne las -- condiciones necesarias se les debe facilitar las reformas precisas de forma gratuita o semigratuita. Si no tiene medios se les debe proporcionar apartamentos especiales diseñados para ancianos con una serie de servicios comunes que van desde la asistencia médica y enfermería hasta la limpieza del apartamento, servicio de restaurantes, salas de estar comunes, etc. etc. Una legislación adecuada del Ministerio de la Vivienda debe de hacer mucho en este sentido por los ancianos, primero reservando los pisos bajos de algunos bloques de viviendas para los ancianos que tengan familiares -- en la misma casa y en segundo lugar dando normas para que las -- nuevas casas que se construyan puedan ser comodamente habitadas por ancianos y personas inválidas o enfermos crónicos graves.

Si no son posibles las anteriores soluciones debe recurrirse a la residencia para ancianos, que nunca serán grandes (los más es de 150 ó 200 residentes) para conseguir un ambiente lo más parecido al propio hogar y deben estar situadas en lugar tranquilo -- pero dentro de la vida de la ciudad. Es preciso por todos los medios conseguir la integración del anciano dentro de la sociedad, -- con el resto de las generaciones e impedir su segregación que hace años se buscó como una solución ideal.

Hay actualmente una nueva tendencia favorable a las viviendas protegidas porque así se facilitaría el alojamiento de un buen

grupo de personas de edad avanzada. La protección de viviendas - mediante servicios permanentes de vigilancia o de asistencia- han dado resultados satisfactorios en otros países y a menudo pueden organizarse por un coste muy bajo utilizando casas de antigua construcción e intercomunicandolas. El sistema de alarma que puede utilizarse en estas casas será de diversos tipos. En estas viviendas protegidas conviene que se le asigne al propio vigilante uno de los pisos o casas. En la adaptación de viviendas protegidas no nos conviene reunir más de 30 viviendas como máximo. En el caso de que las viviendas se construyan de nueva planta para este fin se suelen proyectar de una, dos o tres habitaciones. En estas viviendas los ancianos tienen libertad de movimiento y son independientes. La presencia de un guardián o vigilante les garantiza una vida tranquila a salvo de molestias y peligros.

Los ancianos, ya estén sanos o enfermos, necesitan con gran frecuencia de los Servicios Sociales razón por la que las asistentes sociales deben de formar parte principal de los equipos asistenciales geriátricos a todos los niveles y estar íntimamente relacionados entre sí.

Un Servicio Social de máxima importancia donde puede hacerse una labor trascendental es el club de ancianos que en el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas reciben el nombre de Hogares del Pensionista. Estos centros juegan un papel trascendental para luchar contra el mayor azote de la ancianidad: la soledad y el aislamiento. Fomentan la convivencia entre los ancianos que a ellos asisten por contar con salas de estar, salas de T.V., cafetería, salas de juego, etc. Cuando sea posible deben instalar un comedor para proporcionar a los ancianos que precisen comida y merienda - cena a un precio módico. Una de las labores más importantes que deben hacerse en estos centros es planificar y facilitar la actividad física y psíquica de los ancianos:

- a). - Actividades recreativas y culturales: juegos de todo tipo de sobremesa y sobre todo los que requieren actividad -

física (los bolos, la rana, etc.). Conferencias, conciertos orquestinas, orfeones, bailes de su época. Biblioteca. Peluquería.

- b).- Buscar ocupaciones accesorias para los ancianos que lo deseen sobre todo para los que están próximos al retiro (vigilar niños, cuidado de enfermos, atender a otros ancianos, etc.).
- c).- Enseñarles nuevas actividades, clases de cocina, corte y confección, etc.
- d).- Asesoramientos en problemas religiosos, jurídicos, familiares, laborales a cargo de personas especializadas. El campo del sacerdote es grande en estos centros, de be visitarles con frecuencia y darles ideas y consejos.
- e).- Gestión de trámites oficiales e informes sobre los mismos.
- f).- Turnos de vacaciones a lo largo de todo el año.

Para planificar todas estas actividades es imprescindible la presencia de un asistente social y muy deseable también la de un médico y enfermera siempre que esté dispuesto en estos centros a organizarse la medicina preventiva o gerocultura a los ancianos de la zona, facilitar ciertas ayudas de enfermería (inyecciones, curas, etc.) de rehabilitación preventiva o menor (a los que empiezan a presentar dificultades en la marcha, etc.), cierta terapia -- ocupacional y facilitar la consulta de un podólogo.

La otra gran misión de los clubs de ancianos es la ayuda social a domicilio y la investigación del estado económico y social -- asistencial de los ancianos de su zona.

La posibilidades de ayudas domiciliarias son numerosísimas y hay que adaptarlas a las necesidades de los ancianos de la zona por lo que no vamos aquí a referirnos a todas ellas:

Ayuda en las labores domésticas, limpieza del hogar, etc. --

prestada gratuitamente o a muy bajo costo, para ello es muy importante que las personas que la presten tengan cierta formación y la debida preparación con lo que la calidad de este Servicio - mejora mucho. En algunos casos esta misma persona puede proporcionar algunos cuidados de enfermería siempre que estos sean muy sencillos y elementales.

Distribución de una comida caliente o comida sobre ruedas a los ancianos que puedan salir de su domicilio.

Lavado y planchado de ropa.

Compra de efectos personales y del hogar, ropa, mobiliario, etc.

Mejora del hogar y pequeñas adaptaciones en las que no reúnan una mínima habitabilidad para que los ancianos inválidos estén cómodos y seguros.

Vigilancia nocturna cuando sea preciso durante periodos cortos.

Peluquería, biblioteca a domicilio y en general todas las actividades que se presten en el propio club.

Quién y cómo debe llevar a cabo la ayuda social a domicilio a los ancianos.

En este punto trascendental y de gran dificultad económica y de realización la respuesta es doble. La ayuda a domicilio como - en general toda la ayuda geriátrica es labor de todos: la familia, los ayuntamientos, Diputaciones, algunas organizaciones religiosas locales como Cáritas Parroquiales, los clubs de ancianos y muy especialmente los del Servicio Social de Asistencia a Pensionistas y la sociedad toda debe tomar sobre sus espaldas tan ambiciosa y trascendental función geriátrica.

El personal que realice esta ayuda a domicilio, bajo la planificación y coordinación del asistente social, puede ser remunerado o voluntario; en ambos casos es necesario un conocimiento de lo

que debe hacer y como se debe hacer. Tiene que ser personal escogido, formado y preparado.

Ya hemos dicho que el presupuesto económico de este servicio es elevado. Para poderlo llevar a cabo los ancianos deben pagar del coste real lo que puedan según sus ingresos, las autoridades locales (Ayuntamientos y Diputaciones), la proporción -- que les sea posible y lo mismo hará con los pensionistas el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas.

En todos los casos es imprescindible crear y potenciar -- asociaciones de voluntarios en favor de los ancianos. En muchos países existen docenas de estas asociaciones con una labor meritísima. En el nuestro éste es un campo casi vírgen que requiere el esfuerzo de todas las instituciones públicas y privadas que de verdad quieran hacer asistencia geriátrica. Mediante las asociaciones de voluntarios puede decirse que el mundo exterior penetra en el hogar de muchos ancianos solitarios y aislados. Una de las labores más meritorias entre otras muchas que llevan a -- cabo, es hacer visitas amistosas y de compañía a los ancianos, escribirles y leerles cartas o revistas, hacerles compras a aquellos que no pueden salir de casa, asesoramiento en administración doméstica y cuestiones de dinero, etc.

Hemos dejado bien sentado que los Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales tienen el deber de conocer las necesidades de todos los ancianos de su jurisdicción, principalmente los más necesitados, y prestarles la mayor asistencia a su alcance. Este estudio y planificación realizado por asistentes sociales y seguido de -- una ayuda a domicilio lo más amplia posible es la labor más primordial que deben llevar a cabo las delegaciones de la Asistencia Social y Beneficencia de las instituciones locales; esto es, Ayunta-- miento y Diputaciones. Bien está además, que construyan residencias para ancianos; pero que no deben ignorar que con este procedimiento tan sólo atienden a un tanto por ciento bajísimo de los --

ancianos que encomendados a su cuidado.

¿Cuándo deben ponerse en marcha estos Servicios Sociales Geriátricos? Si pensamos que forman la infraestructura sobre la que asienta todo el Plan Geriátrico Nacional, su puesta en marcha debe ser inmediata. Afortunadamente el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas a través del Plan Gerontológico de la Dirección General de Servicios Sociales ha dado un paso gigante en este sentido, creando numerosas residencias bien dotadas y orientadas, numerosísimos clubs u hogares para ancianos que -- cumplen gran parte de los requisitos a que nos hemos referido -- más arriba y justamente en este momento está todo preparado para conseguir desde estos centros el estudio de la situación de los ancianos de su zona y potenciar la ayuda a domicilio para que esta sea más amplia, mejor sistematizada y ordenada. Esta misma labor puede realizarse también desde los clubs pertenecientes a otras instituciones así como los de Cáritas, Cajas de Ahorros, etc.

ASISTENCIA GERIATRICA EN EL MEDIO RURAL

Debe partir de los centros comarcales sanitarios en unión de los servicios de geriatría hospitalaria de su área. Es preciso conseguir para los ancianos de esta zona igual asistencia que se propone para los de la zona urbana. La medicina preventiva debe realizarse en los propios pueblos, a los que se desplazará la enfermera visitadora, la asistente social y el geriátra en los casos precisos por medio de un microbús dotado convenientemente y donde pueden hacerse los reconocimientos en salud y las informaciones, orientación y consejo en el régimen de vida, alimentación etc.

(En este sentido el Dr. Calvo Melendro piensa poner en Soria un sistema de asistencia en el medio rural en la forma en -- que hemos expuesto anteriormente).

La medicina asistencial la llevará a cabo el médico de cabeza del pueblo en contacto con los centros comarcales y en los casos seleccionados trasladará al anciano al servicio geriátrico hospitalario.

Es imprescindible organizar los servicios sociales geriátricos necesarios que planificará la asistencia social del centro comarcal y que la llevarán a la práctica en colaboración con el Ayuntamiento y las asociaciones de voluntarias formadas por jóvenes, adultos y ancianos sanos del mismo pueblo.

ENSEÑANZA Y FORMACION DEL PERSONAL

Para que la asistencia geriátrica pueda llevarse a cabo es imprescindible contar con un grupo de personal numeroso de muy diversas especialidades y perfectamente formados. El jefe o la cabeza del equipo geriátrico es el médico geriátra; pero junto a él tienen que estar las enfermeras, las asistentes sociales, las fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, auxiliares de clínica, mozos de clínica y personal administrativo.

Desempeñan también una función esencial en la asistencia a los ancianos los pedicuros, odontólogos, oftalmólogos, psiquiatras, neurólogos, dermatólogos y ginecólogos entre otras especialidades que tendrán que actuar en unos pacientes ancianos u otros.

Es imprescindible que el geriátra tenga gran iniciativa y ascendente sobre todos los miembros de su equipo ya que necesariamente tienen que apoyarse plenamente en ellos para poder cumplir su misión. El Profesor FERGUSON ANDERSON ha dicho muy gráficamente que todo el equipo para-médico es la roca sobre la que se ha levantado la geriatría. Todo el equipo desde el geriátra hasta los mozos de la limpieza deben estar plenamente convencidos de que siempre es posible mejorar o curar al anciano, deben creer ciegamente en los efectos de la rehabilitación. Solo así se podrá comunicar una elevada moral al anciano, factor éste de máxima -

importancia en medicina geriátrica.

Según ya hemos comentado anteriormente es de gran importancia y conveniencia el conseguir la cooperación del personal voluntario en el Plan Geriátrico Nacional, se debe incluso estimular a las propias personas de la tercera edad para que ayuden a otros ancianos.

Es preciso contar con personas preparadas para formar las juntas nacionales y provinciales del Plan Geriátrico Nacional que dirijan, planifiquen, evalúen y supervisen el plan. Con investigadores de diversos campos (sociólogos, psicólogos, biólogos, geriatras, psiquiatras, arquitectos, abogados, etc.) que puedan realizar una investigación multidisciplinaria.

Por lo dicho anteriormente es un objetivo inmediato para poder poner en marcha el Plan Geriátrico Nacional la formación y preparación adecuada del personal profesional y auxiliar en las especialidades de gerontología y geriatría.

De momento es necesario buscar y poner en práctica métodos de formación acelerada de alguna parte de todo este personal.

Ya hemos hablado en la geriatrización de la medicina, cada vez será mayor el número de personas de la tercera edad que tendrán que asistir los médicos de cabecera. Es por ello indispensable una reorganización del Plan de estudio de la licenciatura en la carrera de medicina, para que desde las asignaturas básicas se expliquen las alteraciones anatómicas y fisiológicas del envejecimiento, las características clínicas y terapéuticas y las grandes directrices de la geriatría que ha de proporcionar al anciano -- una asistencia íntegra y completa: medicina preventiva, asistencia y rehabilitación precoz, en lo orgánico, físico, mental y social, asistencia en la que tiene que intervenir de un modo sobresaliente la familia y la sociedad toda.

La formación post-graduada de Geriatras es otra de las mi-

siones urgentes así como de todo el personal para-médico. Ello solo puede llevarse a cabo en Servicios de Geriátría de Hospitales Generales acreditados que es preciso crear cuanto antes en suficiente número y con la debida dotación y calidad.

En la fase de licenciatura se deberá crear la asignatura - de gerontología y geriatría ya sea aislada o formando parte de - la Patología Médica.

En el doctorado es muy conveniente la creación de cátedras de Geriátría con cursos monográficos durante todo el curso.

En los Servicios de Geriátría acreditados deben empezar a funcionar cuanto antes escuelas para post-graduados en esta especialidad.

INVESTIGACION

Se debe fomentar y planificar la investigación relativa a todos los aspectos de la senescencia o del envejecimiento.

Esta investigación debe empezar en la edad media de la vida y alcanzar hasta la edad avanzada. Se debe hacer tanto en el anciano sano como en el enfermo. Y se debe promover muy en particular la investigación multidisciplinaria.

INVESTIGACION FUNDAMENTAL O BASICA

Debe hacerse a nivel celular, molecular, de tipo tanto bioquímico como inmunológico y farmacodinámico, etc. Hay algunos centros de este tipo de investigación en Europa, (Suiza, Inglaterra, - U. R. S,) etc. y sobre todo en Estados Unidos. Pero todavía falta mucho para llegar a esclarecer la última e íntima causa del envejecimiento.

Para conseguir esta investigación en nuestro país tenemos - que apoyarnos en investigadores ya formados, integrados en sus - centros de investigación básica a los que habría que interesar en este tema tan apasionante.

Afortunadamente se da este hecho en la actualidad y con un presupuesto relativamente pequeño se podría iniciar la investigación de dos grupos de trabajo del más alto nivel en gerontología experimental básica.

Un gran investigador español, Dr. Jaime Miguel que trabaja en la NASA, California, EE.UU., tiene trabajos trascendentales en este campo. Concretamente los más famosos y mundialmente conocidos sobre la mosca drosophila. El mismo con todos sus trabajos está en contacto con un grupo de investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y la Universidad Autónoma de Medicina de Madrid, con colaboradores del Profesor Sols. Por otra parte está asimismo en contacto con otro grupo de colaboradores del Prof. Juan Oró de la Facultad de Medicina Autónoma de Barcelona y del Instituto de Ciencias Biológicas de la misma capital, para profundizar en este tipo de investigaciones.

El proyecto de trabajo y el presupuesto económico que obran en nuestro poder son de trascendental importancia y fáciles de llevar a la práctica en nuestro país. Nosotros hemos intentado conseguir esta pequeña subvención en instituciones tanto estatales como privadas; tenemos que confesar con gran asombro y pena que hasta ahora no han podido ponerse en marcha.

La Junta Nacional de Asistencia Geriátrica sería la indicada para encaminar esta investigación que tan fácilmente se podría poner ahora en funcionamiento, así como estudios sobre biometría, sociología, demografía, economía, psicología.

INVESTIGACION APLICADA

La investigación de orden médico o clínico debe hacerse en los Servicios de Geriátrica del Hospital General.

En este sentido es importante conocer las características fisiológicas, tanto físicas como psíquicas, el valor de las constan

tes, etc., del anciano sano de nuestro país.

Trabajos epidemiológicos sobre la salud y enfermedad en los adultos y en los ancianos. Estudios longitudinales de orden físico y psíquico a lo largo de los años. Estudios clínicos de especial importancia en la tercera edad, como pueden ser la osteoporosis, la incontinencia urinaria, las necesidades nutricionales, los accidentes vasculo-cerebrales, sus consecuencias, su evolución y terapéutica.

Estudios sobre preparados farmacéuticos que cada día en mayor número salen al mercado, para el tratamiento de muchas enfermedades de los ancianos e incluso del envejecimiento mismo (?). En estos trabajos el rigor debe ser máximo, siempre con numerosos parámetros objetivos, valorando muy poco los subjetivos, siempre con la técnica a doble ciego, etc.

Todos los datos recogidos en las historias clínicas, en las fichas de las enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y resto del personal son cantera inagotable de trabajos y observaciones, que una vez bien meditados deben salir a la luz.

La investigación ergométrica puede mejorar las condiciones de vida de la población de edad avanzada pues nos indica las variaciones que debemos introducir en la forma de trabajo, en las herramientas o utensilios tanto en el trabajo como en el domicilio.

La investigación gerontológica de orden social más directa e inmediata debe llevarse a cabo por las asistentes sociales en todos los niveles del Plan Geriátrico Nacional en el que se encuentren trabajando, muy especialmente en los clubs u hogares del pensionista del Servicio Social de Asistencia a Pensionistas que forman ya un nutrido grupo distribuido por toda la geografía española. Concretamente en las necesidades de las personas de edad avanzada que vivan en su zona de acción, sus deseos, la

actitud de la colectividad hacia los ancianos, la relacion entre generaciones, etc.

Los estudios sobre la planificación urbana tienen una importancia fundamental pues inciden de un modo directo en la vida diaria de la población de la tercera edad comprendiendo el diseño de las ciudades, la planificación de la vivienda, las condiciones y la regulación del tráfico, etc.

CALCULO APROXIMADO DE NECESIDADES EN CAMAS - PARA GERIATRIA

De la literatura extranjera calculada podemos resumir los siguientes datos:

En Francia el 5% de toda la población mayor de 65 años - necesita ingresos en camas médicas o sociales (HUET). Lacombe calcula el 3% de camas médicas geriátricas de 65 a 75 años, el 5% en personas de 75 a 85 años, y el 10% en personas mayores de 85 años.

En Inglaterra HALL, da las mismas cifras. Ferguson Anderson calcula que para 200.000 personas de todas las edades necesitan 50 camas para enfermedad aguda, física o mental, y 300 ó -- 400 camas para crónicos. Para frágiles mentales, el 0,5% de camas por cada 100 personas mayores de 65 años. BROKLEHURST estima que por 1.000 personas de más de 65 años se precisan 10 camas geriátricas de enfermos agudos. Dos plazas en el Hospital Geriátrico de Día. De dos y media a tres camas en Unidades - Psicogeriátricas de agudos. Dos plazas en el Hospital de Día Psicogeriátrico y 24 camas en residencias de ancianos.

En Suiza según DELACHAUX necesitan hospitalización el 1% de las personas mayores de 65 años con enfermedad aguda. El 2% con enfermedad crónica y el 7% en residencias de ancianos.

En Italia VINCIGUERRA, estima un 4% de camas médico-social para personas mayores de 65 años.

231

En Suecia se llega hasta un 10% de camas médico-sociales necesarias para personas mayores de 65 años.

En España, el Dr. SERIGO calcula estas necesidades el 1% entre 45 y 65 años, el 5% entre 65 y 75 años, y el 10% para personas por encima de los 75 años de edad. Los Dres. SALGADO Y GUILLÉN estiman que se necesita un 2% de camas para enfermedad aguda en personas de más de 65 años, un 2% por enfermedad crónica o invalidante y un 3 a 4% de plazas en residencias de ancianos.

En España donde existen tres millones quinientos mil ancianos aproximadamente podemos calcular que un 15% son dependientes física o psíquicamente, osea unos quinientos veinticinco mil.

Necesitan hospitalización médico-social un 8% de la población de más de 65 años esto es alrededor de doscientas noventa mil personas que se desglosan de la siguiente manera: un 2% por enfermedad aguda, unos 70.000 ancianos; un 2% por enfermedad crónica, alrededor de 70.000 ancianos; un 0,5% por enfermedad mental, unos 17.500 ancianos; y un 3,5% precisan plazas en residencias de ancianos esto es unos 122.500 ancianos.

Las necesidades de plazas del Hospital de Día, una por cada 3 a 4 mil personas de todas las edades.

CONCLUSIONES

1º. - La población de la tercera edad debe considerarse como un grupo vulnerable en el que se dan con igual importancia - los problemas sanitarios médicos de orden físico y mental, como los sociales y económicos. Por ello es imprescindible la implantación de un Plan Geriátrico Nacional en el que estén íntimamente relacionados y con una integración efectiva los Servicios Geriátricos Médico Asistenciales con los Servicios Sociales para - mantener a las personas de edad avanzada en sus propias casas y colectividades siempre que sea posible.

2º. - Esta necesidad está reforzada (en nuestro país) por una serie de hechos como la tendencia demográfica al envejecimiento - de la población, la rápida urbanización, la industrialización, los movimientos migratorios dentro del país, los cambios en el sistema familiar, la falta progresiva de empleadas del hogar, el futuro modo de vida de las personas de edad avanzada, etc.

3º. - Es preciso un sistema de Servicios Geriátricos de alto nivel, dentro de los Hospitales Generales que deben formar parte integrante en los servicios sanitarios del país y estar orientados hacia la familia y colectividad. Las personas de edad avanzada deben de tener el mismo acceso a la asistencia médica que los otros grupos de población.

4º. - Más aún que en el resto de las especialidades es absolutamente inseparable la prevención, la asistencia y la rehabilitación, tanto física como psíquica y social.

5º. - Los Servicios de Geriátría intrahospitalarios con sus características y peculiaridades propias deben, igual que el resto -- de los servicios hospitalarios, beneficiarse y colaborar con los Servicios centrales y con el resto de las especialidades del Hospital.

6º. - El equipo de los Servicios de Geriátría intrahospitalarios entre colaborar íntimamente con los Servicios extrahospitalarios: - medicina preventiva, medicina asistencial (médicos de cabecera). La

255

medicina intra y extrahospitalaria no deben ser islas separadas con funcionamiento independiente. Esta unión la consideramos de la máxima trascendencia, tanto para el enfermo que será tratado por un equipo de sanitarios integrados sin solución de continuidad, como para los propios médicos de cabecera, que seguirán a los pacientes dentro del hospital, y al equipo hospitalario que podrá prestar una importante ayuda a los pacientes ancianos fuera del hospital. Es un buen sistema de asegurar a los médicos de cabecera su formación continuada.

7º.- Para que la asistencia sanitaria sea efectiva debe ser sectorizada con diferentes eslabones a niveles bien relacionados.

8º.- El centro sanitario de medicina general donde trabaja el médico de cabecera de familia y la enfermera visitadora a domicilio en su doble función preventiva y curativa, constituyen el verdadero núcleo la unidad básica de asistencia sanitaria a los ancianos.

9º.- La asistencia sanitaria extrahospitalaria debe potenciarse al máximo con ayuda médico-sanitaria a domicilio e incluso con hospitalización domiciliaria. En esta importante misión son -- protagonistas de primer orden el médico de cabecera y los equipos volantes de los Servicios de Geriátría intrahospitalarios, médico geriátra, enfermera, asistente social, fisioterapeuta, etc.

10º.- Es imprescindible la integración y coordinación de todas las Instituciones públicas o privadas que proporcionan al anciano una asistencia médica o social dentro del sector. Para ello deben crearse Juntas Nacionales, Provinciales y Locales en las que esten presentes representaciones de la asistencia médica, -- asistencia social de la comunidad y de los propios ancianos.

11º.- La función fundamental de todo Servicio de Geriátría es proporcionar al anciano de su zona o sector medicina y cui-

dados preventivos, cuidados progresivos dentro del hospital (desde la unidad de ingresos o cuidados intensivos, hasta la unidad de cuidados intermedios, unidad de cuidados mínimos o autocuidados y la hospitalización de larga estancia), cuidado integral -- tanto en su problemática patológica física y funcional (aparato locomotor) como la psíquica y social; cuidado continuado cons-- tante después de ser dado de alta en el hospital al anciano. Es-- tos servicios deben estar al alcance de todos los ancianos que lo necesiten.

12º. - Debe crearse un mecanismo de evaluación continuada de los Servicios de Geriatría que permita a las autoridades sanitiarias del país y a los encargado de estos servicios introducir las reformas y mejoras necesarias.

13º. - Es un hecho la geriatrización de la medicina: porcentaje elevadísimo de ancianos que va a ser la clientela predominante del médico de cabecera. Por ello es imprescindible impartir y conseguir un formación adecuada a los alumnos de medicina durante la licenciatura en la que se explique la problemática preventiva y médico-asistencial (fisiología del envejecimiento, expresión clínica de sus enfermedades, peculiaridades de su terapéutica, aspectos psíquicos, aspectos sociales, rehabilitación, etc). Para ello es necesario la creación de Agregaduras anejas a la Patología Médica, Cursos Monográficos en el doctorado y Departamentos de Geriatría en los Hospitales Clínicos.

14º. - Los ancianos con enfermedad crónica, invalidante o -- mental pueden permanecer en su domicilio habitual (hogar o residencia de ancianos) siempre que éstos reúnan determinadas características, pueda controlarse la enfermedad con medicación ade-- cuada, sea posible la convivencia con las personas que le rodean y se les proporcione la necesaria asistencia médico-social a domilio. Pueden también ingresar en casas protegidas para frá--

giles, físicos o psíquicos.

15º. - Si la enfermedad invalidante es grave y requiere tra tamiento continuado de enfermería, el proceso mental es profundo e irreversible precisando la continua vigilancia del psiquiá--tra, es necesario ingresar a estos ancianos en la unidad de - larga estancia del Servicio de Geriatría del Hospital General o en hospitales similares o bien en una Unidad psicogeriátrica - dependiente del hospital psiquiátrico.

16º. - Los objetivos de la rehabilitación geriátrica, que de be ser precoz y continuada son fundamentalmente tres: reactiva--ción, resocialización y reintegración familiar, laboral, etc.

17º. - Los servi cios sociales para ancianos podemos consi derarlos como la infraestructura del Plan Geriátrico Nacional - sin los cuales los Servicios de Geriatría de los Hospitales Ge nerales y los centros sanitarios de médicos de cabecera se ve--rían enormemente mermados en su rendimiento.

18º. - La protección económica proporcionándole unas pen--siones en relación con el coste real de la vida, la posibilidad de seguir trabajando después de la jubilación y la exención de - impuestos, son medidas de gran utilidad.

19º. - Es preciso proporcionar al anciano una vivienda o alo--jamiento digno que reúna unas condiciones arquitectónicas, higié--nitas y sanitarias adecuadas; su propia casa, siempre que sea po sible, u otros centros especiales para ancianos según su estado - de salud.

20º. - Los clubs y hogares de ancianos juegan un papel impor tante porque evitan la soledad y el aislamiento de los ancianos y pueden planificar y facilitarles una vida activa en lo físico y en

lo psíquico. La ayuda social a domicilio es de trascendental importancia y debe partir de estos centros. Para los pensionistas debe partir de los Hogares de Pensionistas (Servicio Social de Asistencia al Pensionista) y para el resto de los ancianos, debe partir de otras instituciones y muy principalmente de las autoridades locales: Diputaciones y Ayuntamientos.

21º. - Es preciso conseguir una asistencia geriátrica en el medio rural lo más parecida a la que se tenga en la zona urbana.

22º. - En un cálculo aproximado de necesidades geriátricas en nuestro país tenemos que considerar en primer lugar una eficaz ayuda social a domicilio, 122.500 Plazas en residencias de ancianos. Unas 70.000 plazas hospitalarias para ancianos con enfermedad aguda. Una cifra similar para ancianos con enfermedades crónicas invalidantes. Las plazas para ancianos con enfermedad mental las calculamos en unas 17.500 y las plazas de Hospital de Día geriátrico en 1 por cada 3 ó 4.000 personas de todas las edades.

23º. - La formación de personal: Médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica, etc., especializados en geriatría es vital para que la asistencia geriátrica pueda ser un hecho. Para ello es necesario Crear Escuelas Universitarias para graduados y postgraduados en geriatría en los Departamentos y Servicios cualificados tanto universitarios como extrauniversitarios.

24º. - Es de gran importancia el reclutamiento a través de asociaciones de personal voluntario para la asistencia a los ancianos; también es necesario resaltar que tanto este personal como el que preste ayuda doméstica deben tener la capacitación necesaria adquirida en un curso apropiado.

25º. - Dada la importancia que tiene para el mantenimiento de

la salud de las personas de la tercera edad se debe llevar a ca
bo una labor encaminada al mejoramiento de la condición y de --
la función laboral, familiar y social de los ancianos . En este -
sentido se debe informar y dar curso de educación a la población
en general y a las generaciones más jóvenes en particular de to
dos los problemas que representa el envejecimiento para que ten
gan una clara conciencia de ello.

26º. - La educación sanitaria en el anciano que debe comen
zar en la escuela primaria, de la familia y del público general -
es de capital importancia. Debe hacerse a través de oficinas de -
información y por los medios de comunicación colectiva (prensa, -
radio y televisión) para dar a conocer los servicios existentes en
favor a los ancianos y mentalizar a la familia y a la sociedad de
la necesidad de asistir, ayudar y proteger a las personas de la -
tercera edad.

27º. - Son imprescindibles para la adecuada asistencia a la -
tercera edad. La investigación básica a nivel celular y molecular
(bioquímica, inmunológica, farmacodinámica, etc.) sobre el enveje
cimiento en colaboración con los centros de investigación ya exis-
tentes. Investigación geriátrico-clínica en los Servicios de Geria-
tría. Investigación gerontológica social (demográfica, psicológica, -
enonómica, etc.). Investigación arquitectónica (estudio de diseños
urbanos de edificios, planificación del medio ambiente, regulación
del tráfico, etc.) , así como la investigación multidisciplinaria.

B I B L I O G R A F I A

1. - AGATE, J. - "The Practice of Geriatrics". - William Heinemann Medical Books Ltd. London. Second Edition.
2. - AGATE, J. - "Geriatrics for nurses and social workers". - Great Britain at the Pitman Press, Both. 1.972.
3. - ANDREWS, J. - "A years Geriatric out patients". Acta, IV Congreso Europeo de Gerontología, 1.965. Pag. 757.
4. - ALAN LIPMAN, M.A. - "Accommodation for the elderly". - Modern British Geriatric care Supplement to Hospital Management. Sep-Oct. 1.970.
5. - ANTHONY WHITEHEAD, M.B. - "Help for Old People with mental illness". Modern British Geriatric Care Supplement to Hospital Management. Sep-Oct. 1.970.
6. - ANTONINI-FUMAGALI. - "Gerontología e Geriatria". Pubblicazione A. Wassermann. Milano, 1.973.
7. - ARAGO, J. - "Los Hospitales en Escocia". Estudio sobre hospitales, Nº 55/1.972, Pag. 11.
8. - ASSOCIATION DE GERONTOLOGIE DU 13^e ARRONDISSEMENT. PARIS. - "La conception thérapeutique du centre de jour". - Gerontologie 73. Marzo 73, Pag. 38.
9. - BANCHIERI, G.C. - "Attualità del problema dei lungodegenti". - Giornale di Gerontologia. Sep. 1.975. Pag. 740.
10. - BELTRAN BAGUENA. - "Prevención de la vejez achacosa y - cuidado de los ancianos". Editorial Científica Médica, 1.949.
11. - BELTRAN BAGUENA. M. y otros. - "Siete conferencias sobre Geriatria, S.L.
12. - BENTIVOGLI-FACCHINI. - "Problemi Geriatrici della popolazione di un quartiere urbano". Giornale de Gerontologia, 23, 596, 1.975.
13. - BIRREN, J.E. - "Handbook of Aging and the individual, psychological and biological aspects". Universidad de Chicago 1.959.

14. - BLANCO SOLER, C. - "Dos ensayos sobre la vejez y su tratamiento". Editorial Cigüeña. Madrid 1.944.
15. - BLANCO SOLER, C. - "Vejez, envejecimiento y la llamada lucha contra la vejez". Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina. Madrid 1.961.
16. - BOCCARDO, G. - "La preparazione del personale per i servizi di assistenza domiciliare alle persone anziane in Italia: ricerca". Supplemento LII al Giornale de Gerontologia.
17. - BOUCHER, C.A. - "Trends in Geriatric Hospitals in Britain". Acta, IV Congreso Europeo de Gerontología 1.965. Pag.689.
18. - BRITISH MEDICAL JOURNAL. - "Medicine in old age". Articles published in the British Medical Journal. Published by B.M.A. London W.C.L.H.G.J.R.
19. - BROCKLEHURST, J.C. - "Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology". Churchill Livingstone. Edinburgh and London 1.973.
20. - BURGESS, E.W. - "Handbook aging in western societies. A survey of social Gerontology". Universidad de Chicago 1.959.
21. - BUTTURINI-PASSERL - "Fundamenti di Gerontologia e Geriatria". Edizione Scientifiche Oppici. Parma 1.971.
22. - CAIRD AND JUDGE. - "Assessment of the elderly". Printed by Alden and Mowbray Ltd. Oxford 1.974.
23. - CAMERA DI COMMERCIO, INDUSTRIA ANTIGIANATO E ACRICOLTURA. Como. - "L'Assistenza alle persone anziane". Studio promosso della Camera di Commercio di Como.
24. - CAMERADA, P. - "L'ospedale Geriatrico". Giornale di Gerontologia. Junio 1.969, Pag. 467.
25. - CARETTE, J. - "Propositions pour une maison de santé et de cure medicale". Gerontologie 73. Julio 1.973, Pag. 4.
26. - CARITAS DIOCESANA! "La ancianidad problema social de nuestro tiempo". Oct.-Dic. 1.963.
27. - CARUGNO, R. - "Il significato del volontario nei servizi di assistenza". Supplemento LII al Giornale di Gerontologia.

28. - CINCA, A. - "L'assistance medico sociale des vieux à domicile en Europe". Supplemento LII al Giornale di Gerontologia.
29. - CINCA, A. - "Nouvelles formes d'assistance medicale a l'usage des personnes âgées". Acta, IV Congreso Europeo de Gerontología 1.965, Pag. 701.
30. - CLERENS, J. - "Le situation hôpitalière gériatrique en Belgique". Acta IV Congreso Europeo de Gerontologia, 1.965, - Pag. 714.
31. - COLACICCO, A. - "Etude comparative des structures institutionnelles pour presonnes âgées en U.R.S.S. et en France". Gerontologie-73. Marzo 1.973, Pag. 42.
32. - COMISARIA DEL PLAN DE DESARROLLO. - "La Seguridad Social, la Sanidad y la Asistencia Social en el III Plan de Desarrollo económico y social". Boletín Oficial del Estado. Madrid 1.971.
33. - CONFEDERACION DE CAJAS DE AHORRO. - "La situación del anciano en España". Informe Gaur. Madrid 1.975.
34. - COSIN, L. - "Planning medical care in a geriatric unit". Acta IV Congreso Europeo de Gerontología, 1.965. Pag. 764.
35. - COTTE, L. - "La medicine face à la mort". Gerontologie-75. Oct. 1.975, Pag. 50.
36. - CONTI, F. - "Strutture e servizi intermedi, indispensabili basi per la corretta attuazione dell'assistenza domiciliare alle persone anziane". Supple. LII al Giornale di Gerontologia.
37. - COWDRY AND STEMBERG. - "The care of the Geriatric Patient". Fourth Edition. Saint Louis 1.971.
38. - CUNY, G. - "Bilan de L'activité medico-sociale d'un service de Médecine générale et gériatrie". Gerontologie-72. Mayo 1972, Pag. 48.
39. - CUNY, G. - "Problèmes médicaux grand âge". Revue de Gerontologie d'expression française. Febrero 1.974, Pag. 55.
40. - CUNY ET PENIN. - "Les bilans de santé chez les personnes âgées. Pour quoi faire?". Gerontologie 73, Julio 1.973, Pag. 14.

41. - CHOUSSAT, H. ET. COLB. - "L'hospitalization des personnes âgées". Revue de Gerontologie d'expression française. Avril 1.974, Pag. 9.
42. - DAREEN-RHODA AND EXTON SMITH. - "An investigation of Geriatric nursing problems in Hospital". Churchill Livingstone Edinburgh London and New York, 1.975.
43. - DARVISH, G. - "Reflexions sur 120 jours de voyage à travers quelque organisations de 6 pays de L'Europe occidentale". Tesis doctoral. Universite de Bordeaux II. 1.975.
44. - DELACHAUX, A. - "L'hôpital gériatrique". Acta IV Congreso Europeo de Gerontologia, 1.965, Pag. 721.
45. - DIATLOWICKI-TOBI, A. - "Report on the results of treatment in the geriatric unit of the General Hospital "Zonnestraal". Hilversum, Holland 1.963 -64.
46. - DOURIEZ, C.P. - "Formation et volontariat". Gerontologie-72 Diciembre 1.972. Pag. 32.
47. - DUNCAN, K. J. - "Modern Society's attitude toward Aging". Geriatrics. Agosto 1.963, Pag. 629.
48. - DUNCAN, V. C. M. - "Nursing services". The woodside story. - Scottish Health Centre Programme. (Health Bulletin). Vol - XXXI. Nº 3. Mayo 1.973.
49. - ECKERSTROM, E. - "Geriatrics in Sweden". Acta IV Congreso Europeo de Gerontología, 1.965, Pag. 726.
50. - ENCICLOPEDIA MEDICO-QUIRURGICA (en español). - "Envejecimiento". Capítulo 36, Pag. 907.
51. - FERGUSON-ANDERSON, W. - "Trends in Geriatric Hospitals in Scotland". Acta IV Congreso Europeo de Gerontología, - 1.965, Pag. 696.
52. - FERGUSON-ANDERSON, W. - "Gerontología y Sociedad". Tribuna Médica 8-X-1.971. Pag. 5.
53. - FERGUSON-ANDERSON, W. - "Needs of the Elderly for Health & Welfare Services". Institute of Biometry and community Medicine. University of Exeter. Publication nº 2.

54. - FERGUSON-ANDERSON, W. - "Practical Management of the Elderly". Second edition. Blackwell Scientific Publications. Oxford and Edinburgh.
55. - FERGUSON-ANDERSON, W. - AND JUDGE. - "Geriatric Medicine". Academic Press Inc. (London) Ltd. 24/28 Oval -- Road, London NW1.
56. - FERGUSON-ANDERSON, W. - "Aspectos preventivos de la Medicina Geriátrica". I Curso de Geriátría S.S.A.P. y Clínica Puerta de Hierro, 1.973.
57. - FERUGLIO, F.S. - "Organizzazione geriatriche in Torino". - Giornale di Gerontologia, 17, 650, 1.969.
58. - FRANCINI, C. - "L'assistenza sanitaria al vecchio ammalato". Giornale di Gerontologia, 17, 188 y 17, 651, 1.969.
59. - FUNDACION FOESSA. - "Informe sociólogo sobre la situación social de España". Euramerica. Madrid 1.970.
60. - GARCIA ANTON, GUILLEN LLERA y SALGADO ALBA. - "Situación actual de las Residencias de Ancianos en España". - Revista Española de Gerontología. Enero-Febrero 1.976.
61. - GARCIA ORTEGA, Enrique. - "La ancianidad el 10% de nuestra población." Editorial AIREL, Barcelona 1.969.
62. - GARCIA SIERRA, J.L. - "Primer Hospital de Día Geriátrico". Comunicación al VI Congreso Nacional de Gerontología. Salamanca, 1.973.
63. - GARCIA SIERRA, J.L. - "Niveles de asistencia geriátrica. - Hospital de Día". Comunicación al Congreso Mundial de Rehabilitación. Mejiro 1.974.
64. - GARCIA SIERRA y PARREÑO RODRIGUEZ. - "Rehabilitación y Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos". Comunicación al Congreso Internacional de Geriátría. Tel-Aviv 1.975.
65. - GEILL, T. - "Geriatrics in Denmark". Acta IV Congreso Europeo de Gerontología 1,965. Pag. 728.
66. - GELTNER, L.E. - "Report on a department of chronic and geriatric disease in a General Hospital during a period of 10 -

- years. (1.954-1.963)". Acta IV Congreso Europeo de Gerontología 1.965, Pag. 793.
67. - GIORNALE DI GERONTOLOGIA. - "La Pianificazione regionale dell'assistenza ospedaliera Geriátrica". 23 (11, 13, 14, - 16, 23, 25, 26, 28, 29 y 30), 1.975.
 68. - GREEN, M.F. - "La medicina geriátrica". British Journal - of Hospital Medicine (Edición española). Junio 1.974, Pag. 451.
 69. - GREPALDI, E. - L'assistenza all'anziano: problemi sociologia e medici". Giornale de Gerontologia, 23, 7, 1.975.
 70. - GUILLEN LLERA, GARCIA FERNANDEZ, DIAZ DE LA PEÑA y SALGADO ALBA. - "Patología y problemática en la - Unidad Geriátrica". Revista Española de Gerontología, 8, - 377, 1.973.
 71. - GUILLEN LLERA, F. - "Aspectos clínicos en la rehabilitación geriátrica". Revista Española de Gerontología, 10, 177, 1.975.
 72. - GUILLEN LLERA y GARCIA ANTON. - "Ayuda a domicilio. - Aspectos médicos en Geriátrica". Revista Española de Gerontología, 7, 339, 1.972.
 73. - GUILLEN LLERA y SALGADO ALBA. - "Dispensario Geriátrico. Organización y fines del mismo". Anales de la Cruz Roja.
 74. - HELEN C. ANDERSON. - "Newton's Geriatric Nursing". The C.V. Mosby Company. Saint Louis, 1.971.
 75. - HELPS. - "Charing Cross Hospital, Fulham 86-Bed pilot building". Modern British Geriatric Care. Supplement to Hospital Management, Sep- Oct. 1.970.
 76. - HERBEUVAL ET BUNY. - "Problemes de l'hospitalisation des personnes âgées". V Congreso Europeo de Gerontología. Bruselas 1.968. Pag. 87.
 77. - HOLFORD, J.M. - "Geriatric care in the seventies". Modern British Geriatric Care, Supplement to Hospital Management. - Sep-Oct 1.970.

78. - HUET, J.A. - "Grand vieillard et gerontologie sociale". *Revue de Gerontologie d'expression Francaise*. Febrero 1.974, Pag. 25.
79. - IRVINE BAGNALL AND SMITH. - "The Older patient". The English Universities Press. Ltd. London 1.970.
80. - JORIS, Th. - "L'Hôpital geriatrique autonome: centre du - dispositif complet d'institutions pour personnes âgées". *Acta IV Congreso Europeo de Gerontología*, 1.965. Pag. 798.
81. - JUNOD, J.P. - "L'organisation Gerontologique Genovaise". - *Gerontologie* 71.
82. - KENNEDY, R.D. - "Social Research in British Gerontology ". Sonderdruck aus "Zeitschrift für Gerontologie". Mai 1.972.
83. - LAROQUE, M. PIERRE. - "Politique de la vieillesse". *Report de la commission d'étude des problèmes de la Vieillesse*. La documentation française.
84. - MADERNA, A.M. - "Topologia e tipologia dei servizi di assistenza domiciliare alle persone anziane in Italia: ricerca". *Supplemento LII al Giornale di Gerontologia*.
85. - MADER, H. - "Rapport d'un voyage d'études concernant les installations pour le troisième âge au Danemark. *Eurag Studies et Rapports*, nº 1. 1.971.
86. - MARTI PALACIOS. - "Actualización de las unidades gerontológicas". *Mundo Hospitalario*, 5-XI-1.970, Pag. 18.
87. - MARTINEZ GOMEZ, J.M. - "Enfoque de la medicina preventiva dentro del Plan Gerontológico Nacional". *Comunicación al VI Congreso Europeo de Geriatria*. Manchester 1.974.
88. - MARTINEZ GOMEZ, J.M. - "Ayuda Médico-social a domicilio en el Plan Gerontológico Nacional". *VIII Congreso Nacional de Gerontología*. Palma de Mallorca 1.975.
89. - MEMEO, S.A. - "Le unità geriatriche locali". *Giornale di Gerontologia* Febrero, 1.967, Pag. 173.
90. - MEMIN, LECLERC ET MAILLE. - "Etude sociologique d'une - population hospitalière âgée". *Gerontologie* -75. Junio 1.975, Pag. 19.

91. - MINISTERIO DE TRABAJO. - "Servicio Social de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social". Orden Ministerial 19-III-1.970.
92. - MINISTERIO DE TRABAJO. - "Dirección General de Servicios Sociales. S. S. A. P. Plan Gerontológico Nacional". -- Orden Ministerial 26-II-1.971.
93. - MONOD. - "Organisation, bilan et perspective d'un centre - de soins pour personnes âgées". Revue Hospitalière de -- France. Abril 1.970. Pag. 743.
94. - MORGANO, G. - "Aspetti dell'assistenza geriatrica e della lungodegenza in una Divisione di Medicina Generale in un Ospedale di zona". Giornale di Gerontologia, Noviembre 1.971, Pag. 859.
95. - MOUSSAC, O. - "Las necesidades de las personas de edad avanzada". Ponencia al Congreso Gerontológico S. S. A. P Madrid 1.971.
96. - NAVE, S. de. - "Realizaciones en pro de los ancianos efectuadas en Bélgica". Congreso de Gerontología organizado por S. S. A. P. Madrid, oct. 1.971.
97. - NICOLA, P. de. - "Manuale di Geriatria Pratica". 1.974.
98. - O.M.S. - "Health protection of the elderly and the aged, and the prevention of premature aging". Report on a seminar., Kiev 14-22 Mayo 1.963. Copenhagen (Documento EURO-245).
99. - O.M.S. - "Serie de Informes Técnicos". 1.959 nº 171.
100. - O.M.S. - "Serie de Informes Técnicos". 1.961 nº 225.
101. - O.M.S. - "Serie de Informes Técnicos". 1.972 nº 507.
102. - O.M.S. - "Education and training in long-term and geriatric care". Report on a Working Group, Florence, 10-13 Noviembre 1.970, Copenhagen (Documento EURO-5301).
103. - O.M.S. - Asamblea General de las Naciones Unidas (1.973) - "Question of the elderly and the aged: conditions, needs and suggested guidelines for national policies and international - action", 28 periodo de sesiones. Nueva York (documento - A-9126).

104. - O.M.S. - "Manual de la clasificación internacional de enfermedades, traumatismos, y causas de defunción". Ginebra. Vol. 1 (1.968).
105. - O.M.S. - "Serie de Informes Técnicos". 1.973, nº 522.
106. - O.M.S. - "Serie de Informes Técnicos". 1.967, nº 350.
107. - O.M.S. - "Serie de Informes Técnicos". 1.971, nº 472.
108. - O.M.S. - "Health planning in natural development, 1.972". - Copenhagen. (Documento EURO-4104).
109. - O.M.S. - "Seminar on local participation in programmes for the elderly". Gummerts bach 1.971 (documento SOA/ESOP/1.971/5).
110. - O.M.S. - "Serie de Informes Técnicos". 1.971, nº 480.
111. - O.M.S. - "Planificación y organización de los servicios geriátricos". Serie de Informes Técnicos, 1.974, nº 548.
112. - PAILLOT, P. - "La situation en milieu rural". Revue de Gerontologie d'expression française. Abril 1.974, Pag. 59.
113. - PARNELL, R.W. - "El geriátra completo". British Journal of Hospital Medicine (Edición Española). Junio 1.974, Pag, 432.
114. - PEREZ, M. - "Ipotesi di organizzazione territoriale dei servizi sanitari e sociali". Giornale di Gerontologia, 23, 31, - 1.975.
115. - PEYSSON, M. - "Les impératifs du programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées". Gerontologie-73 Sep 1.973, Pag. 5.
116. - PHILIBERT, M. - "Politique de la vieillesse, politique du vieillessement". Gerontologie-75, Marzo 1.975, Pag. 40.
117. - PICTON WILLIAMS, T.C. - "A geriatric day care unit and a psicho-geriatric acute assessment unit". St. Thomás Hospital. Department of Geriatric Medicine. Monografia, Marzo, 1.971.
118. - PICTON WILLIAMS, T.C. - "Memorandum on the role of a geriatrician". St. Thomás Hospital. Departmen of Geriatric Medicine. Nov. 1.971.
119. - PICTON WILLIAMS, T.A. - "La half-way house" collegiate -

- all'unitá geriátrica ospedaliera". Minerva Médica, 60, - 3656, 1.969.
120. - PIEDROLA GIL, G. - "La Gerocultura, especialidad nueva en Sanidad Nacional". Folleto de la Dirección General de Sanidad.
 121. - PIEDROLA GIL, G. - "El envejecimiento de las poblaciones". Folleto de la Dirección General de Sanidad.
 122. - PIEDROLA GIL, G. - "La asistencia al anciano". Comunicación al Symposium de Valencia. Dirección General de Sanidad.
 123. - PIEDROLA GIL, G. - "Tratado de Medicina Preventiva y Social.
 124. - REED AND COLLINS . - "Rehabilitating the chronically ill". Geriatrics. Feb. 1.964, Pag. 87.
 125. - ROSSMAN, J. - "Geriatría Clínica". Salvat Editores, S.A. 1.974.
 126. - RUDD, T.N. - "The nursing of the elderly sick". Faber and Faber limited. Sixth edition, 1.970.
 127. - SALGADO ALBA, A. - "Plan Gerontológico Nacional. Integración y Coordinación". Tribuna Médica, 17-VII-1.970, Pag 5.
 128. - SALGADO ALBA, A. - "La enseñanza de la Geriátría en España y en el extranjero". Tribuna Médica 8-X-1.971, Pag. 12.
 129. - SALGADO ALBA. - A. - "Esquema fisiopatológico del envejecimiento. Aspectos generales". Tribuna Médica, 8-X- 1.971, Pag, 14.
 130. - SALGADO ALBA, A. - "Sociedad Española de Geriátría: su misión y sus realizaciones". Tribuna Médica, 8-X-1.971, - Pag. 25.
 131. - SALGADO ALBA, A. - "Gerontología y Geriátría". Curso de perfeccionamiento para enfermeras, asistentes sociales, terapéutas ocupacionales y fisioterapéutas. Imprenta Cuenca, Jorge Juan, 15, Madrid -1, 1.974.

132. - SALGADO ALBA Y GUILLEN LLERA. - "Ayuda a los ancianos aislados" Ponencia a la Conferencia Internacional Europea de Cruz Roja. Cannes 1.970. Revista Española de Gerontología, Mayo-Junio 1.974.
133. - SALGADO ALBA, A. - "Plan de Asistencia Geriátrica en Francia". Revista Española de Gerontología, Oct-Dic. 1966.
134. - SALGADO ALBA, A. - "Mecánica de la Asistencia Geriátrica". Eco Geriátrico, 1.973.
135. - SALGADO ALBA Y PAÑELLA CASAS. - "Geriatría y Gerontología española". Alternsforschung, 1.974.
136. - SALGADO ALBA, A. - "Asistencia Médico-social en un servicio geriátrico". Revista de la Cruz Roja Española, 1.975.
137. - SALGADO ALBA Y MARTINEZ GOMEZ. - "Preparación para la jubilación". Ponencia al Congreso de la E.U.R.A.G. Mayo-Junio 1.976.
138. - SALGADO ALBA, A. - "Ayuda Social a Ancianos". Conferencia pronunciada en un ciclo sobre Beneficencia y Asistencia Social, Organizado por la Secretaría Técnica del Ministerio de la Gobernación. Publicado en el libro "Problemas fundamentales de Beneficencia y Asistencia Social", 1.967.
139. - SALGADO ALBA, A. - "Asistencia Geriátrica a las personas de edad avanzada". Ponencia al Congreso Internacional de Gerontología Social. Organizado por el S.S.A.P. Madrid, 1.969.
140. - SALGADO ALBA, A. - "Organización de un servicio de Geriatría en un Hospital General". Ponencia al II Congreso Nacional de Hospitales. Barcelona 1.973.
141. - SALGADO ALBA, A. - "Hospitales Geriátricos". Seminario de Arquitectura Hospitalaria. Dirección General de Sanidad. Universidad Menéndez y Pelayo. Santander 1.971.
142. - SALGADO ALBA, A. - "Los centros de rehabilitación médico-sociales de ancianos". Symposium de la Dirección General de Sanidad. Oviedo 1.973.
143. - SALGADO ALBA, A. - "Gerontología y Geriatría. Características de las enfermedades en los ancianos". Symposium de la

- Dirección General de Sanidad. Valladolid, 1.972.
144. - SANCHEZ LOPEZ, F. - "Desarrollo socio-económico y Gerontología". Ponencia al VI Congreso Nacional de Gerontología. Salamanca, 1.973.
 145. - SAUVY, A. - "Les données de la demographie et ses lecons". Revue de Gerontologie d'expression francaise. Feb. 1.974, Pa 15.
 146. - SCARDIGLI, G. - "La riforma geriatrica ospedaliera". Giornale di Gerontologia, 25, 163, 1.967.
 147. - SCARDIGLI, G. - Moderador de la Mesa Redonda: L'assistenza all'anziano; L'anziano malato. L'anziano sano. I servizi aperti. L'ospedale geriatrico. I compiti delle Università". - Medicina Geriátrica. Sep-Oct. 1.972.
 148. - SCARDIGLI, G. Y CHIRIATTI, N. G. - "Divisioni geriatriche in ospedale generali e ospedali geriatrici". Acta IV Congreso Europeo de Gerontología, 1.965, Pag. 807.
 149. - SHEILA, M. CHOWN. - "Human Ageing". Penguin Books Ltd. Harmondsworth, Middlesex, England. 1.972.
 150. - SCHERLER, A. - "El papel del equipo asistencial en Geriátría y en geronto-psiquiatría". Medicina e Higiene (en español), 5-15 Mayo 1.974. Pag. 9.
 151. - SCHERLER, A. - "Coordination et information en Gerontologie. L'expérience du Canton de Vaud. Gerontologie -71.
 152. - SCHRENDER, J. Th. R. - "Geriatrics in the Netherlands". Acta IV Congreso Europeo de Gerontología, 1.965, Pag. 742.
 153. - SERIGO, A. - "La asistencia al anciano". Symposium organizado por la Dirección General de Sanidad en Valladolid, -- 1.972.
 154. - STEVENS, R. S. - "Reasons for admitting patients to geriatric hospitals". Gerontología Clínica, 12, 219-228.
 155. - SUBRA, G. - "L'hospitalisation psychiatrique". Revue de Gerontologie d'expression francaise. Abril, 1.974. Pag. 33.
 156. - TAYLOR, B. B. - "The health Centre and the Elderly". "The

- woodside story". Scottish Health Centre Programme. Rep. from Health Bulletin Vo. XXXI, No. 5.
157. - TENETTE, M. - "L'enseignement de la Gerontologie. Geriatrie dans les études médicales". Gerontologie-72, Pag. 13.
 158. - TERRANOVA, O. - "Criteri di assistenza geriatrica globale: ambulatoriale, domiciliare, ospedaliera". Medicina Geriátrica, 6, 215, 1.974.
 158. - THOMPSON, M.K. - "Geriatrics and the General Practitioner Team". Beillière, Tindal and Cassell. London, 1.969.
 160. - TIBBITTS, C. - "Handbook of social gerontology. Societal aspects of aging". Universidad de Chicago, 1.960.
 161. - TIRINNANZI, G. - "Organizzazione di un centro geriátrico - per l'assistenza globale dell'anziano in un determinato comprensorio". Giornale di Gerontología, Oct. 1.970, Pag. 963.
 162. - TOTTERMAN, L.E. - "Geriatric hospitals in Finland". Acta IV Congreso Europeo de Gerontología, 1.965, Pag. 738.
 163. - TRONCON, L. - "Esperienze di cinque anni di attività di una divisione "Lungodegenti" di un Ospedale Generale Regionale". Giornale di Gerontologia, Sep. 1.975, Pag. 756.
 164. - TURPIN, C. - "La contribution des travailleurs sanitaires et sociaux". Revue de Gerontologie d'expression française, Abril 1.974, Pag. 43.
 165. - VENTURA, A. - "Considerazioni sull'assistenza extraospedaliera all'anziano". Medicina Geriatrica, 6 261, 1.974.
 166. - VIGNALOU, J. - "La spécialisation hospitalo-universitaire en Geriatrie". Gerontologie-72, pag.
 167. - VISKUN, P. - "Reeducation socio-medicale des personnes âgées au Danemark" Gerontologie-73. Marzo, 1.973, Pag. 34.
 168. - WHITE RILEY, M. - "Aging and Society". Three volumen. Russell Sage Foundation. New-York, 1.968-1.971.
 169. - WILSON, L.A. - "Teaching geriatric medicine to medical undergraduates". IV Congreso Europeo de Gerontología Clínica. Bruselas, 1.968, Pag. 141.

- 1 170.- WOLGAST, G.- "Les conditions sanitaires et sociales du
peronnes âgées au Dánemark". Gerontologie-73, Pag. 32.
- 1 171.- ZILLI, A.- "Scientific and Professional Education in Ge-
rontology and Geriatrics". VIII Congreso Internacional de
Gerontología, Washington D.C. Agosto, .1. 969.
- 172.- ZILLI, A.- "Gerontología Asistencial" Tribuna Médica, --
8-X-1.971, Pag. 2.